

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología

RELACIÓN ENTRE BIOTIPO PERIODONTAL Y RECESIÓN GINGIVAL
EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
JORGE BASADRE GROHMANN. TACNA - 2018

TESIS

Presentada por:

Bach. Katherine Brenda Carbajal Valdivia

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

TACNA - PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional De Odontología

**RELACIÓN ENTRE BIOTIPO PERIODONTAL Y RECESIÓN GINGIVAL
EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
JORGE BASADRE GROHMANN. TACNA-2018**

TESIS


Presentada Por:

Bach. Katherine Brenda Carbajal Valdivia

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA


Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente jurado:



DR. ALEJANDRO ALDANA CÁCERES
Presidente del jurado



MGR. JAIME BÁRCENA TACO
Miembro del jurado



CD. EDGARDO BERRÍOS QUINA
Miembro del jurado



CD. CARLOS VALDIVIA SILVA
ASESOR

DEDICATORIA

A Dios, por estar a mi lado en cada paso que doy y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi familia, en especial a mis padres Hugo y Karim, quienes con su amor incondicional, apoyo y fuerza me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más. Gracias por creer en mí, son el pilar fundamental en todo lo que soy.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento especial a mi asesor Carlos Valdivia Silva, por brindarme parte de la bibliografía que fue considerada en el presente trabajo de investigación.

CONTENIDO

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	1

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 Fundamentos y formulación del problema	3
1.1.1 Descripción del problema	3
1.1.2 Formulación del problema	5
1.2 Objetivos	6
1.2.1 Objetivo general	6
1.2.2 Objetivos específicos	6
1.3 Justificación	7
1.4 Formulación de la hipótesis	8
1.5 Operacionalización de variables	9

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.....	10
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	10
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	19
2.2 Fundamentación teórica	27
2.2.1 Biotipo periodontal.....	27
2.2.1.1 Clasificación	29
2.2.1.2 Métodos de medición	32
2.2.1.3 Importancia	39
2.2.2 Recesión gingival	40
2.2.2.1 Etiología	41
2.2.2.2 Factores predisponentes.....	49
2.2.2.3 Clasificación de Miller.....	53
2.3 Definición conceptual de términos	56

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de diseño de investigación.....	57
3.2 Población	57
3.3 Criterios de selección.....	58
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección	59
3.5 Procedimientos de recolección de datos	59
3.6 Plan de procesamiento y análisis de datos	62

CAPÍTULO IV
DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados.....	63
4.2 Discusión	83
Conclusiones	87
Recomendaciones	89
Referencias bibliográficas	90
Anexos	103

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre biotipo periodontal y recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018. **Metodología:** Tipo relacional, de corte transversal, no experimental. Población conformada por 45 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. Se consideró su biotipo periodontal a través del método de la transparencia de la sonda y la presencia de recesión gingival según la clasificación de Miller de acuerdo a regiones de la boca (anterosuperior, posterosuperior, anteroinferior, posteroinferior)

Resultados: Los pacientes evaluados presentaron en mayor porcentaje un biotipo periodontal fino (13,3%) y recesión gingival clase I (17,8%) en la región anterosuperior, el mismo porcentaje tanto para biotipo periodontal fino como biotipo periodontal grueso (31,1%) y recesión gingival clase I (53,3%) en la región posterosuperior, en mayor porcentaje un biotipo periodontal fino (60%) y recesión gingival clase I (53,3%) en la región anteroinferior, en mayor porcentaje un biotipo periodontal grueso (35,6%) y clase I(44,4%) en la región posteroinferior **Conclusión:** No existe relación estadísticamente significativa entre biotipo periodontal y recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018 ($p=0,523$).

Palabras clave: recesión gingival, biotipo periodontal

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between periodontal biotype and gingival recession in adult patients who come to the UNJBG dental clinic. Tacna-2018. **Methodology:** Relational type, of transversal cut, not experimental. Population consisting of 45 patients who met the inclusion criteria. Its periodontal biotype was considered through the method of transparency of the probe and the presence of gingival recession according to the classification of Miller according to regions of the mouth (Upper buccal anterior, upper buccal posterior, lower buccal anterior and lower buccal posterior.) **Results:** The patients evaluated had a higher percentage of fine periodontal biotype (13.3%) and gingival recession class I (17.8%) in the UBA region, the same percentage for both fine periodontal biotype and gross periodontal biotype (31, 1%) and gingival recession Class I (53.3%) in UBP region, in a higher percentage a fine periodontal biotype (60%) and gingival recession Class I (53.3%) in the LBA region, in greater percentage a gross periodontal biotype (35.6%) and gingival recession class I (44.4%) in the LBP region. **Conclusion:** There is no statistically significant relationship between periodontal biotype and gingival recession in adult patients who come to the UNJBG dental clinic. Tacna-2018 was not statistically significant ($p=0,523$)

Keywords: Gingival recession, periodontal biotype

INTRODUCCIÓN

La recesión gingival es una condición mucogingival que causa preocupación en muchos pacientes que la padecen. Se caracteriza por el desplazamiento del margen gingival apical a la unión del cemento y esmalte, dejando expuesto parte del cemento radicular al ambiente oral. Provocando hipersensibilidad dentaria, una mayor susceptibilidad a la formación de caries radicular y problemas estéticos. Su etiología se debe a diversos factores, dentro de los cuales se encuentra el biotipo periodontal, el cual influye y puede predisponer hacia una futura recesión, pero no es causa directa de ella.

El objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar la relación entre biotipo periodontal y recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG, para lo cual se realizó un estudio relacional de corte transversal, en donde se evaluaron a 83 pacientes, quedando conformado por una muestra de 45 pacientes, quienes cumplían con los criterios de inclusión. Se determinó el biotipo periodontal mediante el método de la transparencia de la sonda y el tipo de recesión gingival según la clasificación de Miller.

El presente trabajo consta de cuatro capítulos:

En el capítulo I abordamos lo alusivo al estudio del problema, mediante la descripción del problema y la formulación de la hipótesis.

En el capítulo II se mencionan los antecedentes tanto internacionales como nacionales que apoyan la ejecución de este trabajo de investigación, así como la base teórica.

En el capítulo III se da a conocer la metodología aplicada y los procedimientos para la recolección de datos.

Para terminar, en el capítulo IV se dan a conocer los resultados y la discusión de los mismos, seguidos por las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y anexos del trabajo de investigación.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Seminario Mundial sobre la Clasificación de Enfermedades y Condiciones Periodontales y Periimplantares patrocinado por la Academia Americana de Periodontología (AAP) en conjunto con la Federación Europea de Periodontología (EFP) clasifica a la recesión gingival dentro de las deformidades mucogingivales y condiciones alrededor de los dientes¹.

La recesión gingival (RG) es el desplazamiento del margen gingival apical a la unión del cemento y esmalte, con la exposición de la superficie radicular al ambiente oral^{2,3,4}. Dicha condición afecta en general a la población adulta con enfermedad periodontal incipiente o avanzada e incluso muchas veces ha sido diagnosticada en personas periodontalmente sanas⁵. Su prevalencia y severidad

aumenta con la edad y es la región de los incisivos inferiores el área más afectada⁶.

Informes recientes indican que hay una prevalencia substancial en el aumento de las recesiones en la población mundial, incrementándose significativamente después de la quinta década⁷. Lo cual no es ajeno a nuestro país, ya que Maetahara⁸ en el 2016 halló un 72,9% de prevalencia de por lo menos una recesión gingival en un población peruana, además halló que el 43% de la muestra representada por los mayores de 40 años, tenían altos niveles de recesión.

Con respecto a su etiología, existe consenso entre los investigadores que las recesiones gingivales presentan diversos factores etiológicos y, debido a la interacción entre muchos posibles factores contribuyentes, es difícil predecir que pacientes presentarán o no recesión gingival¹. Al ser una entidad multifactorial, se encuentra algunos factores predisponentes a su aparición, entre los cuales se considera la poca cantidad de tejido queratinizado en ancho y grosor, es decir el biotipo periodontal delgado⁹.

Éstos factores no inician la recesión como tal, pero hace que su aparición sea mucho más fácil ante la presencia de estímulos que en otras condiciones serían bien tolerados por el periodonto¹⁰. Es por esto que despierta en mí la curiosidad investigativa de saber cuál es la influencia del biotipo periodontal en la presentación de las recesiones gingivales, todo esto con la pretensión de tomar medidas que ayuden a evitar su aparición o controlar su progresión.

1.1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre biotipo periodontal y recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna-2018?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre biotipo periodontal y recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna-2018.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia del biotipo periodontal de los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann según el método de la transparencia de la sonda.

- Determinar la clase de recesión gingival que presentan los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann según la clasificación de Miller.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Parcialmente original, ya que las variables han sido estudiadas en anteriores trabajos de investigación, pero en poblaciones y ámbitos distintos al presente estudio.

Relevancia científica, ya que brindará nuevos aportes científicos para el conocimiento profesional que dará a conocer la importancia del complejo periodontal, para su evaluación y la realización de un correcto diagnóstico.

Relevancia académica, ya que el estudio será de importancia para complementar la enseñanza de los estudiantes universitarios.

Relevancia social, ya que actualmente es de suma importancia para pacientes y odontólogos, la mantención de la salud a nivel mucogingival, sobretodo en el sector antero superior, tanto para el logro de requerimientos estéticos, como para el éxito en los futuros tratamientos rehabilitadores.

Viabilidad, ya que hay acceso a las unidades de estudio, por la disponibilidad de pacientes, por los recursos y asesoría permanente.

Interés personal, el estudio es presentado con la finalidad de optar el título profesional de Cirujano Dentista, culminando así de manera satisfactoria mi vida universitaria.

1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

H₀: No existe relación entre biotipo periodontal y recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG.Tacna-2018

H₁: Existe relación entre biotipo periodontal y recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADOR	ESCALA
Independiente: Biotipo periodontal	Característica anatómica	Método de la transparencia de la sonda	-No presenta R.G. -Biotipo periodontal fino -Biotipo periodontal grueso	Nominal
Dependiente: Recesión gingival	Deformidades mucogingivales	Clasificación de Miller	-No presenta -Clase I -Clase II -Clase III -Clase IV	Ordinal

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Klein Riquelme, Catherine. BIOTIPO PERIODONTAL Y RECESIONES GINGIVALES: PREVALENCIA E INDICADORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS DE LA CIUDAD DE SANTIAGO (CHILE-2014).

OBJETIVO: Investigar la prevalencia de recesión gingival y biotipo periodontal en adolescentes de 15 a 19 años, comparándose según género, edad, tipo de establecimiento educacional y posible asociación entre su presencia y posibles indicadores de riesgo. METODOLOGÍA: Estudio transversal analizando secundariamente la base de datos proveniente de Santiago, de un estudio multicéntrico de América del Sur que evaluó la condición periodontal en adolescentes. Se seleccionaron las variables de interés de los registros, protegiendo la identidad de los participantes. La prevalencia de

recesión gingival se definió como el porcentaje de individuos que tuviera al menos un diente con posición de encía apical al límite amelocementario. Se analizaron los indicadores de riesgo: índice de placa, frecuencia de cepillado, tipo de cepillo, tratamiento ortodóntico, tabaquismo, piercing y biotipo periodontal. Se analizaron un total de 332 registros con un nivel de confianza del 95%. RESULTADOS: Muestra formada por 165 mujeres (49,7%) y 167 hombres (50,3%); Edad promedio de $16,9 \pm 1,4$. 23,5% asistía a colegios municipales, 50,6% subvencionados y 25,9% a colegios particulares. 50,3% tenía biotipo fino y el 49,7% grueso. El biotipo fino fue más prevalente (67%) en los colegios Municipales ($p=0,001$). La prevalencia de recesiones fue de un 22%. En participantes con biotipo fino fue 23,5% y 20,7% en grueso ($p=0,55$). Según género: mujeres=21,8% y hombres=22,2% ($p=0,94$). Según establecimiento educacional: 35,9% Municipales, 20,2% Subvencionados y 12,8% Particulares ($p=0,001$). Al análisis de regresión múltiple, el tabaquismo obtuvo un $p=0,006$ (OR=2,78). La dependencia municipal y piercing (lingual) también fueron significativas. Hombres con mayor frecuencia de higiene también se asociaron con la presencia de recesión

gingival (OR=4,6). No hubo asociación significativa entre los demás indicadores. CONCLUSIÓN: La recesión gingival es prevalente en la población adolescente de Santiago (22%), similar a lo reportado en la literatura. Se objetivaron diferencias entre establecimientos educacionales. En la muestra no predominó un biotipo fino por sobre un biotipo grueso, excepto en colegios Municipales. Los adolescentes con biotipo periodontal fino no presentaron mayor prevalencia de recesión gingival en comparación con quienes tenían un biotipo grueso. El tabaquismo obtuvo la mayor asociación para la presencia de recesiones.

Cuesta Benavides, Jhoselin. PREVALENCIA DE RECESIÓN GINGIVAL Y SU ASOCIACIÓN CON EL BIOTIPO PERIODONTAL EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA “CARDENAL CARLOS MARIA DE LA TORRE” DEL QUINCHE (ECUADOR-2017).

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de recesión gingival y su asociación con el biotipo periodontal en adolescentes de 12 a 18 años de la Unidad Educativa Cardenal Carlos María de la

Torre del Quinche. METODOLOGÍA: Este estudio es descriptivo observacional de cohorte Transversal, la población estuvo constituida por 2243 alumnos con una muestra de 328 estudiantes de ambos géneros a quienes se les realizó una inspección clínica buscando específicamente recesiones gingivales y biotipo periodontal, el tipo de recesión se determinó según la clasificación de Miller (1985), el biotipo periodontal se lo determinó mediante el método de transparencia de la sonda. RESULTADOS: Los resultados obtenidos demostraron que de los 328 estudiantes examinados el 39% presentó recesión gingival siendo la recesión tipo I según Miller la que se presentó en un mayor porcentaje (99%), el biotipo fino fue el que más se asoció con la presencia de recesiones presentándose en un (69%). CONCLUSIÓN: La prevalencia de recesión gingival en estudiantes de la Unidad Educativa “Cardenal Carlos María de la Torre” del Quinche fue del 39%, siendo los biotipos delgados los que presentaron mayor predisposición a sufrir recesión gingival, la clase de recesión que se presentó en un mayor porcentaje fue la tipo I de Miller (99%), presentándose con mayor frecuencia en el género femenino en un 68%. La mayor significación estadística

se obtuvo para el biotipo fino; factores como la edad, el género no fueron significativos lo que no coincide con las fuentes consultadas.

Naranjo Cabezas, María. PREVALENCIA DE RECESIONES GINGIVALES EN DIENTES ANTEROINFERIORES SEGÚN EL BIOTIPO PERIODONTAL EN PACIENTES CON APIÑAMIENTO DENTAL EN LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS (ECUADOR-2016).

OBJETIVO: Establecer la prevalencia de recesiones gingivales en dientes anteroinferiores según el biotipo periodontal en pacientes que presenten apiñamiento dental. METODOLOGÍA: Este estudio evaluó a 80 pacientes, entre 16 a 40 años, escogidos aleatoriamente en la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas según los criterios de inclusión. Se observaron solamente las piezas anteroinferiores y se identificó el biotipo periodontal según la translucidez de la sonda, así como también el tipo y grado de apiñamiento que poseían a través del uso de un pie de rey. Adicionalmente se realizó un sondaje de las piezas y se observó el índice de placa.

Por otro lado, mediante una vista frontal y medidas de los tercios faciales se clasificó a los pacientes según el biotipo facial. Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis de frecuencias, descriptivo, tablas cruzadas y relación de momios. RESULTADOS: De la población estudiada el 41,25% presentaron recesiones gingivales y aquellos con un biotipo delgado mostraron 4,46 veces más probabilidad de manifestar recesión gingival que un biotipo grueso, así mismo el 48% de las piezas vestibularizadas presentaron recesión gingival. En cuanto al biotipo facial y periodontal no se hallaron datos que los relacionen. CONCLUSIÓN: la recesión gingival es una patología multifactorial y los biotipos delgados y piezas vestibularizadas contribuyen a su aparición.

Marini Milena et al. RECESIÓN GINGIVAL: PREVALENCIA, EXTENSIÓN Y SEVERIDAD EN ADULTOS (BRASIL-2004).

OBJETIVO: Evaluar la prevalencia, extensión y severidad de la recesión gingival en los pacientes que acuden a la Escuela Dental de Bauru. METODOLOGÍA: Se evaluó la recesión gingival en 380 individuos adultos mayores de 20 años y

comprendió a los sujetos tratados y en busca de tratamiento en la Escuela Dental de Bauru. La evaluación clínica fue realizada por un solo examinador en todos los dientes e involucró el análisis de cuatro aspectos dentales (mesial, bucal, distal y lingual). La recesión gingival se consideró presente cuando se expuso más de 1 mm de la superficie de la raíz, y su ancho vertical se midió en milímetros desde la unión de cemento-esmalte al margen gingival. Las recesiones se calificaron de nuevo siguiendo los criterios sugeridos por Miller en 1985. RESULTADOS: Se observó una recesión gingival en al menos una superficie dental en aproximadamente el 89% de los individuos analizados. La prevalencia, extensión y severidad de este aspecto clínico aumentaron con la edad. Las recesiones de clase I fueron las más frecuentes, sin embargo, hubo un aumento gradual de las recesiones de Clase III y IV a medida que se evaluaron los sujetos mayores. Los dientes mandibulares mostraron más superficies con recesión gingival que los dientes maxilares y los incisivos mandibulares fueron los dientes más afectados. CONCLUSIÓN: Esta alta prevalencia de recesión gingival en pacientes adultos demuestra que los profesionales dentales deben prestar

atención a la relevancia clínica de dichas alteraciones, así como al diagnóstico de los factores etiológicos.

Carvajal Paola et al. PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL VESTIBULAR EN ADULTOS CHILENOS DE 35 – 44 AÑOS (CHILE-2014).

OBJETIVO: El objetivo de la presente investigación fue reportar la prevalencia, distribución, extensión y severidad de las recesiones gingivales vestibulares en adultos chilenos entre 35–44 años. METODOLOGÍA: Se desarrolló un estudio descriptivo, analizando la base de datos del Proyecto “Prevalencia de enfermedades bucales e indicadores de riesgo en la población 35-44 y 65-74 años de Chile”. Se seleccionaron 703 periodontogramas de participantes entre 35–44 años con al menos 20 dientes. La prevalencia fue definida como el porcentaje de participantes que tuvieran al menos un sitio con posición de la encía apical al límite amelo-cementario. La extensión, como el porcentaje de sitios comprometidos, en localizada (RGL)($<30\%$) y generalizada(RGG) ($\geq 30\%$). La distribución se evaluó según la ubicación por arcada, diente y

sitio. Y la severidad en leve (1-2mm), moderada (2-3mm) y severa (≥ 5 mm) de acuerdo a la longitud corono-apical de superficie radicular no cubierta por encía. RESULTADOS: La prevalencia de la RG vestibular fue de 93,5%, encontrándose un promedio de 12,4+8,2 dientes afectados. El porcentaje de individuos que presentó RGL correspondió al 43,8% y el 56,2% presentó RGG. Las RG vestibulares leves representaron el 46,27%, las moderadas el 45,05% y las severas el 8,69%. Los primeros molares maxilares fueron los más afectados, específicamente, los sitios mediales. A excepción de la severidad donde los hombres presentaron RG más severas, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los géneros. CONCLUSIÓN: La recesión gingival en la población adulta chilena entre 35–44 años es prevalente, existiendo diferencia según género en su severidad.

2.1.2. NACIONALES:

García Linares, Sixto et al. EL BIOTIPO PERIODONTAL COMO FACTOR INFLUYENTE EN RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE POSGRADO DE LA UNMSM, LIMA-PERÚ 2015.

OBJETIVO: Demostrar la relación entre la presencia de recesión gingival y su relación con el biotipo periodontal.

METODOLOGIA: Se seleccionó un grupo de 50 pacientes que acudían a la Clínica de Posgrado de Periodoncia de la UNMSM. Se realizó una primera evaluación de cada paciente de la muestra con sonda periodontal detallando la presencia de recesión por pieza, por región y por arcada según el Índice de Recesión de Miller. Se realizó una segunda evaluación de cada paciente de la muestra con sonda periodontal detallando el biotipo periodontal (grueso o fino) de acuerdo a las siguientes regiones: anterosuperior, anteroinferior, posterosuperior y posteroinferior a través del método De Rouck, usando una sonda periodontal. RESULTADOS: El grupo etario en el que se encontró mayor recesión gingival fue el de 45 años a más, siendo más frecuente el sector posterior. En la población

estudiada la recesión tuvo una prevalencia de: 46% en sector antero inferior, 18% en el sector anterosuperior, 30% en el sector posterosuperior y 46% en el sector posteroinferior. En la totalidad de los casos excepto dos pacientes la recesión presente fue Clase I de Miller. Se halló una relación estadísticamente significativa entre la presencia de recesión en el sector posteroinferior y el género masculino. Sin embargo, al evaluar la presencia de recesión y su relación con el biotipo gingival, fue en el sector posterior superior en el que se halló una relación estadísticamente significativa entre la presencia de recesión y el biotipo fino. (Chi cuadrado: 5,05 $P=0,02 < 0,05$). Asimismo, al evaluar la presencia de recesión y su relación con el biotipo en el sector posterior inferior también se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de recesión y el biotipo gingival fino. (Chi cuadrado: 6,26 $P=0,002 < 0,05$). En todos los pacientes que tuvieron biotipo gingival fino existía la presencia de recesión gingival. Dentro de la misma evaluación se encontró una relación significativa entre la presencia de recesión gingival e higiene oral en el sector anterior y posterior (Chi cuadrado: 8,93 $P=0,003 < 0,05$ y Chi cuadrado: 6,37 $P=0,012 < 0,05$ respectivamente).

CONCLUSIÓN: Este estudio sugiere considerar el biotipo gingival fino como un factor predisponente para la recesión gingival en el sector posterior en ambos maxilares en una población peruana.

Zúñiga Mando, María A. RELACIÓN DEL BIOTIPO PERIODONTAL CON LA RECESIÓN GINGIVAL EN ALUMNOS CON TRAUMA OCLUSAL PRIMARIO DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA 2016

OBJETIVO: Determinar el biotipo periodontal predominante y la magnitud de la recesión gingival. METODOLOGÍA: Investigación de tipo descriptiva y transversal. Las evaluaciones fueron realizadas empleando fichas de observación para la evaluación clínica. El biotipo periodontal fue evaluado según el método indirecto: transparencia de sonda periodontal, la recesión gingival en función a la magnitud desde el límite amelocementario al margen gingival y el trauma oclusal primario evaluado según el análisis estático y funcional. Al análisis estático se evaluó la presencia y/o ausencia de

facetas de desgaste localizadas, abfracción, dolor dentario a la percusión localizada y movilidad creciente. Al análisis funcional se evaluó la presencia y/o ausencia de contactos prematuros e interferencias oclusales. RESULTADOS: Se halló que los alumnos presentaron predominio por un biotipo periodontal fino, siendo el grupo premolar de mayor significado (83,9%). Además, la recesión gingival obtuvo un promedio mayor en el grupo premolar de 2,00 mm encontrándose relación entre ambos. El sexo no presentó asociación con las variables evaluadas. En relación a trauma oclusal primario, los alumnos cuyas piezas dentarias fueron evaluadas, hubo predominio de facetas de desgaste (75,0%) y contactos prematuros (73,3%). CONCLUSIÓN: El biotipo periodontal es un factor determinante para la recesión gingival y que el trauma oclusal primario es uno de los factores etiológicos asociado.

Maetahara Rubio Denis. PREVALENCIA, EXTENSIÓN Y SEVERIDAD DE RECESIONES GINGIVALES EN PACIENTES DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ-2016.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia, extensión y severidad de la recesión gingival en una población de pacientes del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. METODOLOGÍA: Se evaluó periodontalmente a 133 pacientes. Se midieron en todas las piezas presentes la distancia margen gingival – unión cemento esmalte en las caras vestibular y lingual, y se consideró como recesión gingival en aquellos dientes en que esta fuera mayor o igual a 1 mm. Los dientes que presentaron recesión gingival también fueron clasificados de acuerdo a la clasificación propuesta por Miller. RESULTADOS: Se mostró una prevalencia de 72,9% de pacientes afectados por algún grado de recesión gingival y se encontró un promedio de 5,79 + 0,555 dientes afectados por persona. De acuerdo a su longitud coronoapical, las recesiones gingivales fueron clasificadas como de severidad leve en unos 64,0%, moderadas en 28,3% y avanzadas en 7,7%. De acuerdo a la clasificación de Miller se encontró que un 64,7% fueron

clasificadas como Clase I, un 9,4% como Clase II, 17,5% como Clase III y 8,4% como Clase IV. CONCLUSIÓN: La mayor prevalencia, extensión y severidad de la recesión gingival en los sujetos adultos nos sugiere un efecto acumulativo de la lesión asociado a períodos largos de exposición a los agentes etiológicos. Es de importancia identificar y remover estos agentes tan pronto como sea posible para reducir e incluso evitar un empeoramiento de esta condición clínica.

García Linares Sixto et al. INCIDENCIA DE RECESIONES GINGIVALES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNMSM EN EL AÑO 2008. LIMA-PERÚ.

OBJETIVO: Evaluar la incidencia de recesiones gingivales en la clínica odontológica de la UNMSM. METODOLOGÍA: Se realizó un estudio en 120 pacientes que asistieron a la Clínica Odontologica de la Facultad de Odontología de la UNMSM para evaluar el grado de recesión gingival según la Clasificación de Miller. La presencia de frenillos aberrantes, cepillado excesivo, enfermedad periodontal, caries radicular, tratamiento de ortodoncia y biotipo peridontal son algunas de las situaciones

clínicas que podrían desencadenar en una recesión gingival. En el Perú se han hecho pocos estudios para ver la epidemiología de la recesión gingival y su comparación con la situación en otros países. RESULTADOS: La incidencia de la recesión gingival en la muestra estudiada fue del 85% en algún grado de acuerdo a la clasificación de Miller. De los pacientes con recesión el 69,6 % (n=71) presentaron una recesión clase I, 17,64% (n=18) presentaron una recesión tipo II, 7,84% (n=08) tuvieron recesión clase III y 5,85% (n=5) tuvieron una recesión clase IV. CONCLUSIÓN: No se halló relación entre la presencia de frenillos aberrantes y una mayor incidencia de recesión gingival.

Álvarez Huamán Diana. PREVALENCIA DE RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES ADULTOS DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DE LOS HOSPITALES VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY Y REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO. TRUJILLO-2018.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de recesión gingival en pacientes adultos del Servicio de Odontología de los hospitales Víctor Lazarte Echegaray y Regional Docente de Trujillo. Trujillo, 2018. METODOLOGÍA: El estudio de corte transversal, descriptivo y observacional, incluyó un total de 200 pacientes adultos del Servicio de Odontología de los hospitales Víctor Lazarte Echegaray y Regional Docente de Trujillo. Se realizó un examen clínico para evaluar la prevalencia de recesión gingival basado en la Clasificación de Miller. Para la confiabilidad se utilizó el método estadístico Kappa, obteniendo un Kappa= 0,872 para la calibración intraevaluador y un Kappa= 0,659 para la calibración interevaluador. Para el análisis de resultados se empleó el programa estadístico SPSS Statistics 22, para luego presentar los resultados en tablas y/o gráficos. RESULTADOS: La prevalencia de recesión gingival fue de 61%, siendo la Clase I la que predominó (66,5%). El

sexo masculino prevaleció con un 68,85%, al igual que el grupo etario >50 años de edad con un 87,5%. El grupo dentario que predominó fueron los premolares inferiores. Con respecto al hospital, obtuvieron similar prevalencia. CONCLUSIÓN: La prevalencia recesión gingival fue de 61%, siendo los premolares inferiores las piezas dentarias que prevalecieron. El sexo masculino y el rango de edad >50 años de edad también predominaron.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. BIOTIPO PERIODONTAL

El biotipo periodontal es la sumatoria de características específicas que presenta la encía de todo ser humano³¹.

Se denomina a la dimensión biológica, también llamada espacio o grosor biológico, que es el conjunto tisular formado por la longitud del epitelio de unión y el tejido conectivo supracrestal que por naturaleza se desarrolla alrededor de la superficie sana de los dientes. El epitelio de unión es una

estructura muy especializada que forma una fina adherencia de hemidesmosomas sobre la superficie del diente. La dimensión conectiva o inserción supracrestal está comprendida entre la escotadura de la unión amelocementaria y la cresta ósea que en promedio mantiene 1,07 mm. de fibras colágenas³⁴.

Considerando la anatomía dentaria, la morfología del hueso y de la encía se determinaron dos tipos de biotipo periodontal según Lindhe: fino y grueso. El biotipo periodontal grueso se caracteriza principalmente por la presencia de tejido conectivo denso, fibrótico, adherente y favorable para la conservación de la salud periodontal, el biotipo periodontal delgado se caracteriza por ser delgado, transparente, su adherencia es mínima y tiene gran susceptibilidad al trauma y la inflamación^{35,36}.

2.2.1.1. CLASIFICACIÓN

A) BIOTIPO PERIODONTAL FINO

El tejido gingival tiende a ser delicado y casi translúcido en apariencia, con una zona reducida de encía adherida, a menudo sugiere un hueso delgado o un tejido óseo mínimo sobre las raíces vestibulares.

La evaluación quirúrgica de este biotipo a menudo revela un hueso vestibular delgado con la posible presencia de fenestración y dehiscencia²².

Posee las siguientes características:

- Tejido queratinizado fino
- Grosor gingival < 1,5mm.
- Ancho gingival 3,5-5mm.
- Hueso alveolar y encía festoneados.
- Hueso alveolar subyacente tiende a desarrollar dehiscencias y fenestraciones.

- Contacto interproximal estrecho y cercano al borde incisal
- Coronas triangulares
- Coronas con convexidad cervical sutil³².

B) BIOTIPO PERIODONTAL GRUESO

El tejido gingival es probablemente la imagen más asociada con la salud periodontal. El tejido es denso en apariencia con una zona aceptablemente extensa de inserción.

La topografía gingival es relativamente plana con el indicio de una arquitectura ósea gruesa subyacente y la evaluación quirúrgica de estas áreas a menudo revela formas óseas subyacentes relativamente gruesas³⁸.

Posee las siguientes características:

- Tejido queratinizado grueso
- Grosor gingival ≥ 2 mm.
- Ancho gingival 5-6 mm.
- Tejido óseo y gingival más bien romo, plano.
- Cortical ósea de mayor grosor.
- Áreas de contacto más apical y más largos.
- Coronas más cuadradas.
- Convexidad cervical marcada³⁷. (Fig.1)

Figura 1



a) biotipo grueso; b) biotipo fino.

Fuente: Navarrete M et al. Correlación entre biotipo gingival, ancho y grosor de encía adherida en zona estética del maxilar superior. 2015

2.2.1.2. MÉTODOS DE MEDICIÓN

La identificación correcta del biotipo periodontal es importante antes de la elección del tratamiento odontológico ayudándonos de esta manera a prevenir posibles alteraciones que puedan presentarse en los tejidos favoreciendo los resultados después de un tratamiento dental tanto quirúrgico como no quirúrgico³⁹.

Se han empleado varios métodos para determinar el grosor del biotipo periodontal, encontrando varias controversias entre ellos por ser unos más prácticos, invasivos, objetivos, sencillos o eficaces que otros^{40,41}.

El método de transparencia de la sonda para determinar el biotipo periodontal es eficaz y objetivo, sin embargo existen varios métodos disponibles para la evaluación del grosor del biotipo periodontal⁴².

a) Inspección visual

Consiste en evaluar la arquitectura de los tejidos periodontales para definir si pertenecen a un biotipo delgado o grueso, siendo un método subjetivo, ya que depende de la observación de cada clínico. Eghbali et al.⁴³ evaluaron la precisión de este método con distintos operadores, encontrando que solo la mitad de ellos lograron determinar el biotipo periodontal de forma certera, con mayor porcentaje de error en pacientes que presentaban un biotipo fino.

b) Método de la transparencia de la sonda

Método indirecto para la determinación del biotipo periodontal a través de la transparencia de la sonda dentro del surco gingival. Es el método más utilizado hoy en día, puesto que ha demostrado ser sencillo y eficaz al momento de evaluar el espesor gingival⁴⁰.

Si las marcas de la sonda periodontal que se encuentra subyacente a la encía se pueden visualizar, se clasifica como biotipo fino. Si las marcas no se pueden visualizar se clasifica como biotipo grueso. Es un método de diagnóstico simple, de bajo costo y reproducible entre examinadores^{39,40,42}.

**c) Pinza de Calibración de Cera Modificada/
Calibrador de Vernier Modificado**

Método para la medición directa del grosor de encía adherida que ha mostrado ser un método certero y simple de realizar; sin embargo, su principal inconveniente es ser un procedimiento invasivo que requiere anestesia local y puede dejar secuelas en los tejidos gingivales examinados¹⁷.

Kan et al³⁹ midieron directamente el grosor de encía ubicada 1 mm apical al margen gingival libre,

en alvéolos de dientes recién extraídos, con una pinza de calibración de cera modificada, considerando un biotipo fino si el espesor de encía era < 1 mm, y grueso si era > 1 mm.

d) Sondaje transgingival

Es un procedimiento mínimamente invasivo, el cual se realiza introduciendo una sonda periodontal, aguja o lima de endodoncia a través de la encía hasta sentir contacto óseo, posteriormente se retira y es medida con regla o con calibrador digital⁴⁴.

e) Medición ultrasónica

Se han utilizado dispositivos ultrasónicos para clasificar el biotipo periodontal, siendo escasos los estudios al respecto. Uno de ellos fue realizado por Müller et al, quienes mediante un dispositivo de

medición ultrasónica denominado SDM® determinaron el espesor de la encía, el cual consistía en apoyar el cabezal de este dispositivo en la superficie a examinar emitiendo ondas que se propagaban a través de la encía y se reflectaban al contactar hueso, posteriormente esto era leído por el aparato y lo traducía a milímetros.

La validez y la reproducibilidad de las medidas mostraron ser del 95%, comportándose como un método poco invasivo y fiable. Sin embargo, el instrumento presenta limitaciones respecto a no entregar información si el grosor de encía adherida supera los 2,5 mm. Además, los resultados pueden ser alterados si la angulación del aparato es incorrecta y su costo es elevado⁴⁰.

f) Tomografía Computarizada Cone-Beam

Fu et al⁴⁵ utilizaron Cone-Beam para clasificar el biotipo periodontal, concluyendo que no existen diferencias significativas al determinarlo clínica o radiográficamente.

Además, observaron que la tomografía computarizada era un método fiable y exacto en la medición del biotipo, ya que mide tejido blando por alteración del contraste de la imagen y tejido duro, representado por hueso alveolar.

Para la medición de la encía previa al examen se debe separar el labio y/o mejilla del área a estudiar ya que este estudio no permite diferenciar el límite de los tejidos blandos porque poseen la misma densidad⁴⁶.

Posteriormente Cook et al⁴⁷ evaluaron mediante este método diferencias en el grosor de la

cortical vestibular de biotipos periodontales clasificándolos como finos o gruesos, concluyendo que el tejido gingival se relaciona con la posición de la cresta ósea, el grosor de cortical vestibular y el ancho de tejido queratinizado. Estos resultados respaldan los datos reportados sobre la medición Cone-Beam como un método certero en la determinación del biotipo periodontal.

g) Modelos Tridimensionales

Lee et al⁴⁸ evaluaron el biotipo a través de modelos tridimensionales. Utilizando el escaneo de modelos de yesos en 133 pacientes. Midieron el área vestibular de la papila interdental, la superficie facial de los 2 incisivos centrales superiores, el ancho y el ángulo de papila interdental. Sus conclusiones apuntaron a que la suma de las áreas de las superficies papilares de canino a canino eran la mejor forma para determinar el biotipo periodontal,

aseverando incluso que este método es más apropiado que el propuesto por Kan et al³⁹.

2.2.1.3. IMPORTANCIA

Una de las principales causas que impiden tener éxito en los tratamientos dentales es el biotipo periodontal, ya que según el biotipo periodontal es que responde de manera diferente a la inflamación, tratamientos quirúrgicos y reparadores; por lo que el estudio del biotipo periodontal es de gran importancia ya que nos permite saber cómo el tejido va a responder a los diversos procedimientos odontológicos, evitando y minimizando alteraciones en los tejidos permitiéndonos tener buenos resultados después de un tratamiento odontológico⁴⁹.

Los biotipos tienen una respuesta diferente frente a la inflamación y la cirugía: el periodonto delgado tiende a reaccionar con una recesión y el grueso tiende

a volver a su morfología. De esta misma manera se destaca entre otras características de respuesta, que el biotipo delgado es predisponente a una recesión, especialmente cuando hay un traumatismo mecánico, lesiones quirúrgicas o irritantes. La severidad de los diferentes síntomas asociados a las lesiones periodontales inducidas por placa, varía en denticiones con diferente biotipo periodontal⁵⁰.

2.2.2. RECESIÓN GINGIVAL

La recesión gingival se define como la migración apical del margen gingival desde su posición fisiológica. Esta migración es de 1 a 2 mm apical a la unión ameloementaria, causando la exposición patológica de las superficies de la raíz.^{20,21}.

Carranza²² afirma que la recesión consiste en la exposición de la superficie radicular por una desviación apical en la posición de la encía.

La recesión gingival, con exposición de cemento en las superficies vestibulares de los dientes, puede ocurrir en múltiples dientes o en uno solo²³. Su prevalencia y severidad aumenta con la edad y la región de los incisivos inferiores es el área más afectada⁶.

Se han implicado numerosos factores en la etiología, entre ellos: placa, posición del diente en el arco, cepillado deficiente, oclusión traumática, inserción alta de frenillos o músculos, falta dimensional de encía, presión labial, etc²³.

2.2.2.1. ETIOLOGÍA

A) INDUCIDA POR TRAUMATISMO

a) Cepillado

La causa más común de la recesión gingival inducida por traumatismo es el daño provocado inducido por el cepillado. Este puede ser el resultado

del uso de una técnica de cepillado inadecuada al biotipo del tejido o de un cepillo con las cerdas duras²⁰.

Las características principales de la recesión por cepillado son las lesiones erosivas y ulceradas del tejido blando generalmente sin dolor y/o la abrasión del tejido duro cervical²⁴.

b) Seda dental

El uso del hilo dental es otra causa potencial de la recesión gingival. El daño se puede producir por su uso incorrecto; por ejemplo, que la seda no se deslice sobre la superficie interproximal convexa del diente, sino que tire en los tejidos suaves dañando la encía²⁰. Por tanto, en estos casos, la recesión tiende a ser más frecuente y grave en pacientes con encía clínicamente saludable, poca placa bacteriana y buena higiene bucal. La raíz expuesta tiene un

defecto en forma de cuña cuya superficie es limpia, lisa y pulida²⁵.

c) Piercing

El piercing oral es otro de los factores etiológicos de la aparición de recesiones gingivales tanto en la parte lingual de los incisivos antero inferiores en los casos de piercing lingual como en la parte vestibular en casos de piercings de labio debido al roce constante del metal con la encía, incluso llegan a causar fracturas dentales²⁶.

d) Ortodoncia:

Durante la Ortodoncia los dientes al ser movidos dentro del hueso alveolar presentan un bajo riesgo de desarrollar recesión gingival, los dientes al moverse fuera de las corticales pueden provocar

dehiscencias óseas aumentando así el riesgo de presentar recesión durante o después del tratamiento.

En Ortodoncia el movimiento de proinclinación es el que más recesión gingival presenta principalmente en incisivos inferiores²⁷.

En ocasiones, el movimiento ortodóntico puede hacer que las raíces se alejen de la pared vestibular del hueso. En muchos casos la recesión gingival de origen ortodóntico no se aprecia hasta que termina el tratamiento, o sea, cuando se inicia la etapa de retención. Cuando las áreas anchas y profundas de la recesión gingival se forman durante la fase de retención ortodóntica, su etiología esta probablemente en el trauma originado por el cepillado en una mucosa debilitada por la malposición dentaria, específicamente en el desplazamiento vestibular. En este caso la

ortodoncia actúa como factor predisponente de la recesión gingival.

Es común observar áreas de recesiones múltiples en pacientes jóvenes que han sido sometidos a tratamientos ortodóncicos extensos y complejos; con las recesiones afectando prácticamente todos los dientes del paciente. En estos casos, es difícil identificar en qué medida el trauma ortodóncico pudo haber actuado como factor etiológico, o como un factor predisponente a la recesión gingival, lo que resulta en el desplazamiento dentario hacia vestibular²⁰.

e) Oclusión

La mala posición dentaria altera la posición del margen gingival así como la textura de la encía originando una lámina delgada del alveolo y poca encía insertada favoreciendo de esta manera el

desarrollo de recesión gingival, presentándose además dificultad para la remoción de la placa bacteriana.

Los dientes al estar en mala posición tienden a presentar dehiscencias del hueso alveolar, si un diente presenta una dehiscencia junto con una adecuada cantidad de encía adherida no existe riesgo de presentar recesión, al contrario, al existir una banda de encía adherida insuficiente la recesión gingival se puede producir al menor traumatismo²⁸.

f) Prótesis

El tratamiento prostodóncico puede ser responsable de la recesión gingival si la lesión ocurre durante la preparación del diente o durante la toma de impresiones. El daño durante el tallado del diente puede afectar a la encía vestibular pero más comúnmente afecta a la inserción del tejido

conectivo interproximal. Esto ocurre cuando las áreas interproximales de los diente se tallan de modo rectilíneo, sin seguir la línea amelocementaria de forma escalonada. Las fibras de tejido conectivo en el área interproximal están localizadas coronalmente a la localización en las zonas vestibulares y palatinas, por lo que una preparación realizada a la misma altura que en la zona vestibular, dañara la inserción epitelial interproximal.

Mientras se produce el remodelado compensatorio, la pérdida interproximal de inserción viene acompañada por la pérdida de inserción vestibular²⁰.

B) BACTERIANA

La placa bacteriana o biofilm tiene un color blanquecino amarillento, se produce por la acumulación de restos de alimentos, gérmenes en la superficie dental,

trayendo como consecuencias la inflamación gingival, destrucción del tejido marginal y pérdida ósea, resultando en recesión gingival²⁸.

La recesión gingival de etiología bacteriana está causada por la acumulación localizada de placa bacteriana en la cara vestibular de un diente. Este tipo de recesión no se debe confundir con la recesión debido a la periodontitis. En este caso, las bacterias periodonto-patogénicas específicas provocan la pérdida de inserción del tejido conectivo que se manifiesta clínicamente como la recesión gingival, no tan sólo en la zona vestibular sino también en las zonas interproximales de los dientes.

Siendo causado por especies no periodonto-patógenas, la recesión localizada relacionada con la placa no se asocia generalmente con la pérdida interproximal de inserción, pudiendo ser corregida con cirugía mucogingival para restaurar la cobertura radicular.

C) VÍRICA

Algunas lesiones gingivales son desencadenadas por infecciones víricas. El virus responsable es el herpes simplex (herpes simple).

Es fácil hacer un diagnóstico de una lesión ulcerosa originada por trauma con el cepillado, debido a la naturaleza dolorosa de lesiones virales.

Las lesiones víricas tienden a coexistir en diferentes zonas de la boca, porque el cepillado las disemina. Es frecuente encontrarlas en asociación con lesiones en la piel o mucosas en otras zonas, especialmente en el bermellón labial²⁰.

2.2.2.2. FACTORES PREDISPONENTES

Los factores que predisponen a la recesión gingival son aquellos que, pese a que no causan directamente la

recesión, si contribuyen a su aparición cuando están combinados con factores causales tales como trauma y/o placa bacteriana. Los factores más importantes a la predisposición incluyen biotipo periodontal fino, la prominencia radicular, las malposiciones dentarias y, los frenillos que insertan cerca del margen gingival.

a) Biotipo periodontal

Existen dos clases de biotipo, el biotipo fino cuyos márgenes gingivales son finos al igual que su cresta ósea subyacente junto con coronas altas y alargadas. El biotipo grueso presenta márgenes gingivales gruesos al igual que su cresta ósea, aquí las coronas se presentan cortas y cuadradas. Las personas con biotipo periodontal fino tienden a presentar mayor cantidad de recesiones en comparación con un biotipo periodontal grueso, debido a que presenta tejidos blandos delicados y fiabiles con poca cantidad de encía queratinizada.

El método más utilizado para determinar el biotipo periodontal es el de la transparencia de la sonda periodontal^{29,30}.

b) Prominencia radicular

Donde la raíz es muy prominente, el hueso marginal bucal está ausente (p.ej. dehiscencia ósea) y la mucosa es fina; incluso en pacientes con un biotipo grueso²⁰.

c) Mal posición dentaria

La mala posición dentaria altera la posición del margen gingival así como la textura de la encía originando una lámina delgada del alveolo y poca encía insertada favoreciendo de esta manera el desarrollo de recesión gingival, presentándose

además dificultad para la remoción de la placa bacteriana.

Los dientes al estar en mala posición tienden a presentar dehiscencias del hueso alveolar, si un diente presenta una dehiscencia junto con una adecuada cantidad de encía adherida no existe riesgo de presentar recesión, al contrario, al existir una banda de encía adherida insuficiente la recesión gingival se puede producir al menor traumatismo³¹.

d) Frenillo que se inserta en el margen gingival

Además de ser un obstáculo para la higiene dental, la inserción marginal del frenillo hace móvil al margen gingival, reduciendo así la eficacia del sellado gingival y favoreciendo la acumulación de placa subgingival.

Incluso cuando la inserción en el margen gingival no es directa, el frenillo puede actuar como factor predisponente para la recesión gingival. Esto ocurre cuando un frenillo central se inserta entre dos dientes, especialmente entre los incisivos mandibulares, constituyendo además un obstáculo para la higiene oral²⁰.

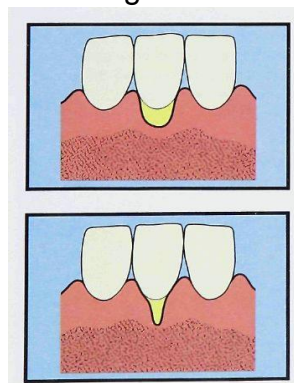
2.2.1.3 CLASIFICACIÓN DE MILLER

Miller sugirió una clasificación de los defectos mucogingivales que es de gran utilidad clínica.

Esta clasificación se basa en la consideración de tres variables anatómicas: 1) margen gingival, 2) línea mucogingival, e 3) integridad o no del soporte periodontal a nivel interproximal, mesial y distal del diente con la retracción.

Clase I: Recesión tisular marginal que no alcanza la unión mucogingival. No hay pérdida periodontal (hueso y tejido blando) en el área interdental. (Fig. 2)

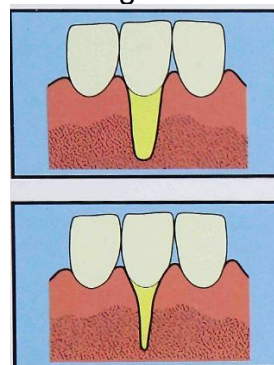
Figura 2



Fuente: Miller D. A Classification of Marginal Tissue Recession

Clase II: Recesión tisular marginal que se extiende hasta la unión mucogingival o más allá de esta. No hay pérdida periodontal (hueso o tejido blando) en el área interdental. (Fig. 3)

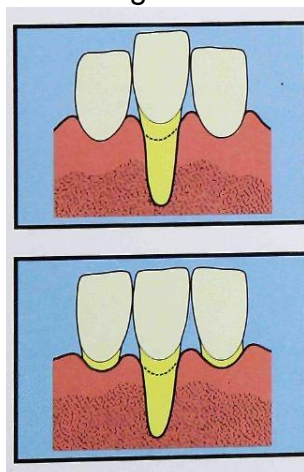
Figura 3



Fuente: Miller D. A Classification of Marginal Tissue Recession

Clase III: Recesión tisular marginal que se extiende hasta o sobrepasa la unión mucogingival. Pérdida de hueso o tejido blando en el área interdental está presente o hay malposición dentaria. (Fig. 4)

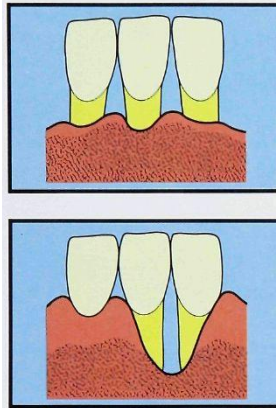
Figura 4



Fuente: Miller D. A Classification of Marginal Tissue Recession

Clase IV: Recesión tisular marginal que se extiende más allá de la unión mucogingival. La pérdida de hueso o tejido blando en el área interdental y/o malposición de los dientes es grave³². (Fig. 5)

Figura 5



Fuente: Miller D. A Classification of Marginal Tissue Recession

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

BIOTIPO PERIODONTAL

Sumatoria de características específicas que presenta la encía de todo ser humano, puede ser fino o grueso.

RECESIÓN GINGIVAL

Se define como el desplazamiento apical del margen gingival con respecto a la unión cemento-esmalte

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a los objetivos planteados es un estudio de tipo: Relacional, ya que se mide el grado de relación que existe entre dos variables. Transversal, ya que las variables son observadas en un solo momento. No experimental, ya que no se realiza manipulación de las variables.

3.2. POBLACIÓN

POBLACIÓN CUALITATIVA:

Conformada por los pacientes adultos que acudieron a la clínica odontológica de la UNJBG durante los meses de Abril y Mayo, tratados en el área de Periodoncia.

POBLACIÓN CUANTITATIVA:

Conformada por 45 pacientes adultos que acudieron a la clínica odontológica de la UNJBG durante los meses de Abril y Mayo, tratados en el área de Periodoncia, que cumplían con los criterios de inclusión.

3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que sean tratados en el área de Periodoncia.

- Pacientes que presenten recesión gingival en cualquiera de sus clases según la clasificación de Miller.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con tratamiento de ortodoncia

- Pacientes con enfermedad periodontal grave.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

TÉCNICA: Observación directa

INSTRUMENTO: Ficha clínica

Se recopiló la información a través de dos fichas clínicas, en la primera se consideró datos personales (Nombre, edad y sexo), presencia de recesión gingival por regiones (anterosuperior, posterosuperior, anteroinferior y posteroinferior) biotipo periodontal por regiones (anterosuperior, posterosuperior, anteroinferior y posteroinferior), en la segunda ficha clínica se consideró el periodontograma.

3.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para realizar el presente estudio se coordinó con la Dirección de la Escuela Profesional de Odontología, solicitando autorización para

poder ingresar a la clínica odontológica y evaluar a los pacientes tratados por los alumnos de tercer y cuarto año en el área de periodoncia.

Se realizó una primera evaluación de cada paciente con una sonda periodontal Carolina del Norte detallando la presencia de recesión gingival según la clasificación de recesión del tejido marginal de Miller, comenzando con la región anterosuperior, continuando con la región posterosuperior (derecha e izquierda), pasamos luego a la región anteroinferior y por último la región posteroinferior (derecha e izquierda).

Se consideró:

- Como clase I a aquellas que no alcanzaban la unión mucogingival,

- Como clase II a aquellas que se extendían hasta la unión mucogingival o más allá de ésta, pero no presentaban pérdida de inserción en proximal.

- Como clase III a aquellas recesiones que alcanzaban la unión mucogingival o más allá de ésta y además presentaban pérdida de inserción moderada en proximal.
- Como clase IV aquellas recesiones que se extendían más allá de la unión mucogingival y presentaban pérdida de inserción severa en proximal

En las regiones donde se hizo el hallazgo de recesión gingival se realizó la identificación del biotipo periodontal utilizando el método de la transparencia de la sonda.

Se consideró:

- Si las marcas de la sonda periodontal subyacente al margen gingival eran visibles, era clasificado como biotipo fino.
- Si las marcas de la sonda periodontal subyacente al margen gingival no eran visibles, era clasificado como biotipo grueso.

Los datos obtenidos fueron registrados en la primera ficha clínica considerando los datos personales de cada paciente (nombre, edad y sexo), especificando la región en la que se encontró la recesión gingival y el biotipo periodontal que presentó.

Para el llenado de la segunda ficha clínica que comprendía el periodontograma se realizó una recolección asincrónica de las fichas periodontales de los alumnos de tercer y cuarto año pertenecientes al área de periodoncia.

3.6. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados fueron trasladados a una base de datos en un programa estadístico de amplia aceptación, SPSS versión 21 para Windows.

Se utilizó la prueba de Chi cuadrado (X^2) para la contrastación de la hipótesis general.

CAPÍTULO IV DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

CUADRO N°1

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL BIOTIPO PERIODONTAL EN LA REGIÓN ANTEROSUPERIOR DE PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG.

TACNA-2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No presenta R.G.	36	80,0	80,0	80,0
Fino	6	13,3	13,3	93,3
Grueso	3	6,7	6,7	100,0
Total	45	100,0	100,0	

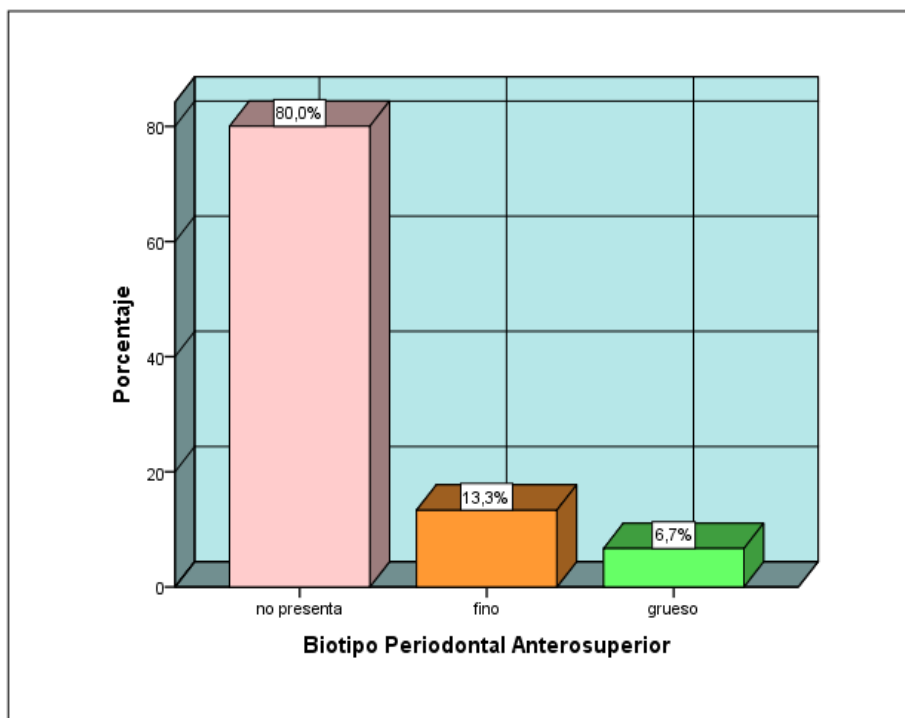
Fuente: Ficha de recolección de datos

Del 100% de los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018, referente al biotipo periodontal en la región anterosuperior; el 13,3% presentó biotipo periodontal fino y el 6,7% presentó biotipo periodontal grueso.

GRÁFICO N°1

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL BIOTIPO PERIODONTAL
EN LA REGIÓN ANTEROSUPERIOR DE PACIENTES ADULTOS QUE
ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG.

TACNA-2018



Fuente: Cuadro N°1

CUADRO N°2

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL BIOTIPO PERIODONTAL EN LA REGIÓN POSTEROSUPERIOR DE PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG.

TACNA-2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No presenta RG	17	37,8	37,8	37,8
Fino	14	31,1	31,1	68,9
Grueso	14	31,1	31,1	100,0
Total	45	100,0	100,0	

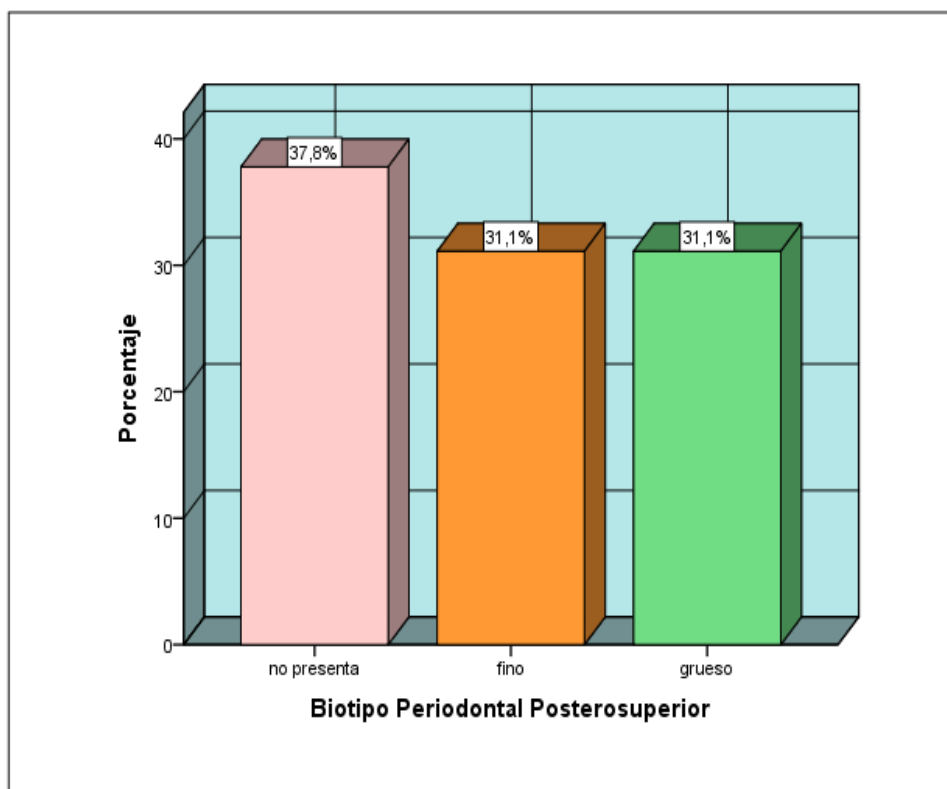
Fuente: Ficha de recolección de datos

Del 100% de los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018, referente al biotipo periodontal en la región posterosuperior; el 31,1% presentó biotipo periodontal grueso y el otro 31.1% presentó biotipo periodontal fino.

GRÁFICO N°2

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL BIOTIPO PERIODONTAL
EN LA REGIÓN POSTEROSUPERIOR DE PACIENTES ADULTOS QUE
ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG.

TACNA-2018



Fuente: Cuadro N°2

CUADRO N°3

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL BIOTIPO PERIODONTAL EN LA REGIÓN ANTEROINFERIOR DE PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG.

TACNA-2018

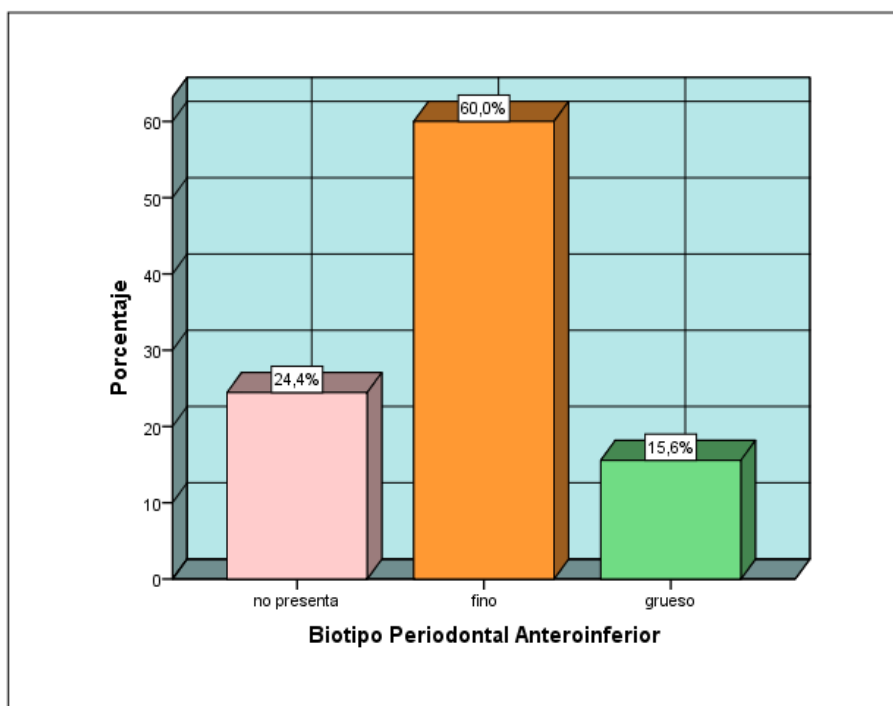
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No presenta R.G.	11	24,4	24,4	24,4
Fino	27	60,0	60,0	84,4
Grueso	7	15,6	15,6	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del 100% de los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018, referente al biotipo periodontal en la región anteroinferior; el 60% presentó biotipo periodontal fino y el 15,6% presentó biotipo periodontal grueso.

GRÁFICO N°3

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL BIOTIPO PERIODONTAL
EN LA REGIÓN ANTEROINFERIOR DE PACIENTES ADULTOS QUE
ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG.
TACNA-2018



Fuente: Cuadro N°3

CUADRO N°4

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL BIOTIPO PERIODONTAL
EN LA REGIÓN POSTEROINFERIOR DE PACIENTES ADULTOS QUE
ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG.**

TACNA-2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
No presenta R.G.	21	46,7	46,7	46,7
Fino	8	17,8	17,8	64,4
Grueso	16	35,6	35,6	100,0
Total	45	100,0	100,0	

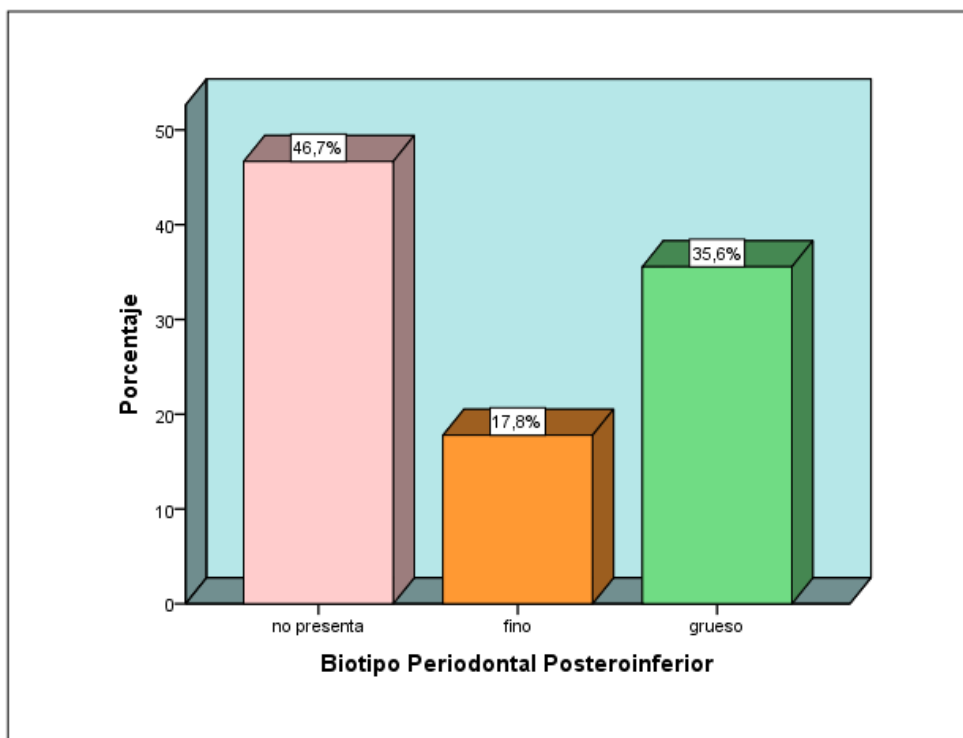
Fuente: Ficha de recolección de datos

Del 100% de los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018, referente al biotipo periodontal en la región posteroinferior; el 35,6% presentó biotipo periodontal grueso y el 17,8% presentó biotipo periodontal fino.

GRÁFICO N°4

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL BIOTIPO PERIODONTAL
EN LA REGIÓN POSTEROINFERIOR DE PACIENTES ADULTOS QUE
ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG.

TACNA-2018



Fuente: Cuadro N°4

CUADRO N°5

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA RECESIÓN GINGIVAL EN LA REGIÓN ANTEROSUPERIOR EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG. TACNA-2018

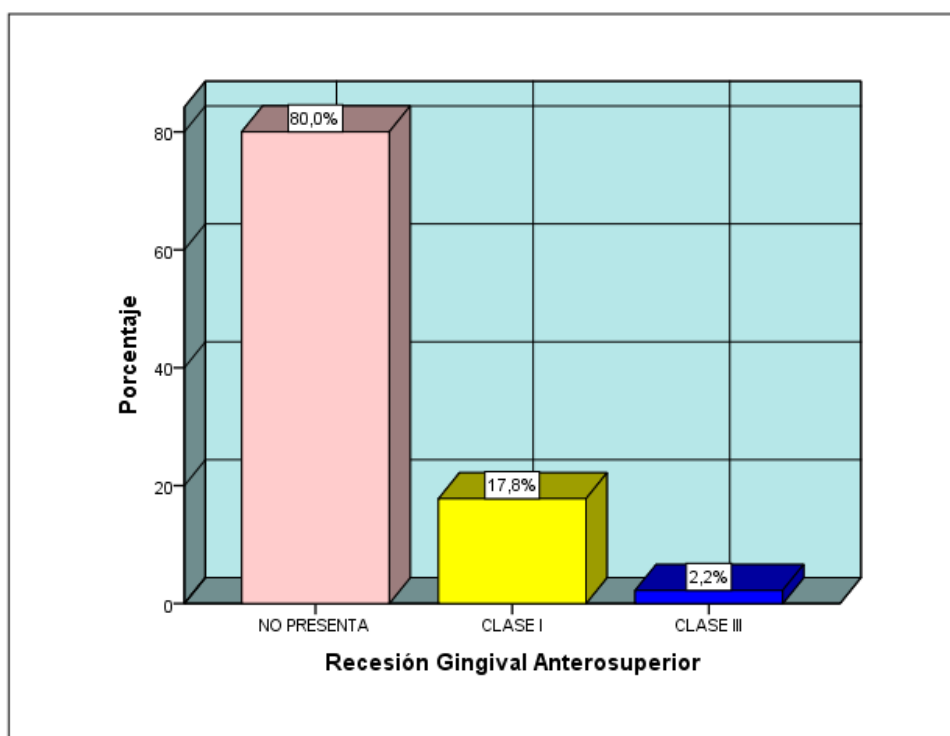
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No presenta R.G.	36	80,0	80,0	80,0
Clase I	8	17,8	17,8	97,8
Clase III	1	2,2	2,2	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del 100% de los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna- 2018, referente a la recesión gingival en la región anterosuperior; el 17,8% presentó recesión gingival clase I de Miller y el 2,2% presentó recesión gingival Clase III de Miller.

GRÁFICO N°5

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA RECESIÓN GINGIVAL
EN LA REGIÓN ANTEROSUPERIOR EN PACIENTES ADULTOS
QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNJBG. TACNA- 2018



Fuente: Cuadro N°5

CUADRO N°6

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA RECESIÓN GINGIVAL EN LA REGIÓN POSTEROSUPERIOR EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG. TACNA-2018

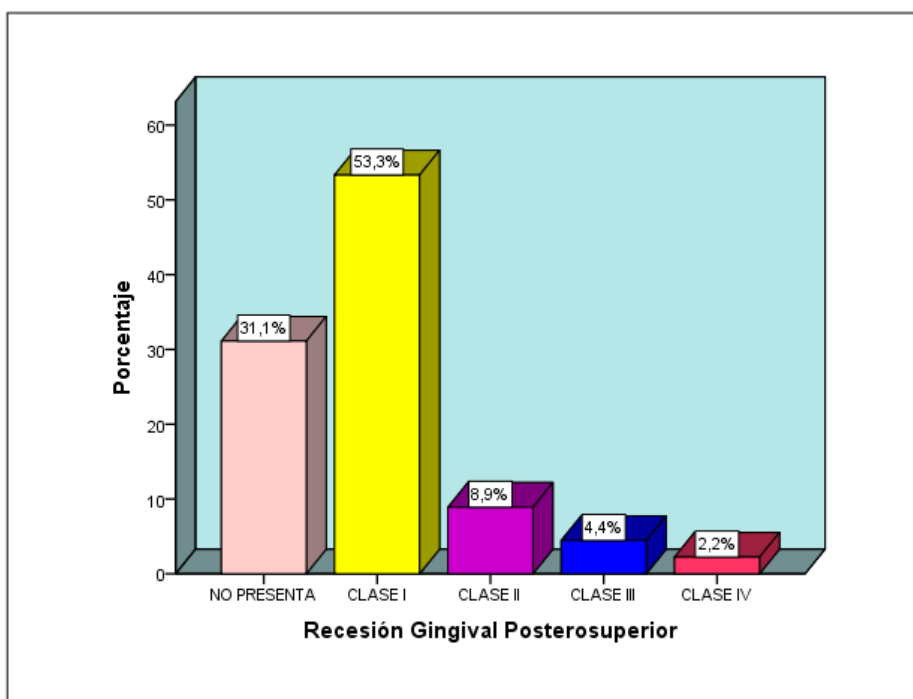
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No presenta R.G.	14	31,1	31,1	31,1
Clase I	24	53,3	53,3	84,4
Clase II	4	8,9	8,9	93,3
Clase III	2	4,4	4,4	97,8
Clase IV	1	2,2	2,2	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del 100% de los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018, referente a la recesión gingival en la región posterosuperior; el 53,3% presentó clase I de Miller y el 2,2% presentó Clase IV de Miller

GRÁFICO N°6

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA RECESIÓN GINGIVAL EN LA REGIÓN POSTEROSUPERIOR EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG. TACNA-2018



Fuente: Cuadro N°6

CUADRO N°7

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA RECESIÓN GINGIVAL EN LA REGIÓN ANTEROINFERIOR EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG. TACNA- 2018

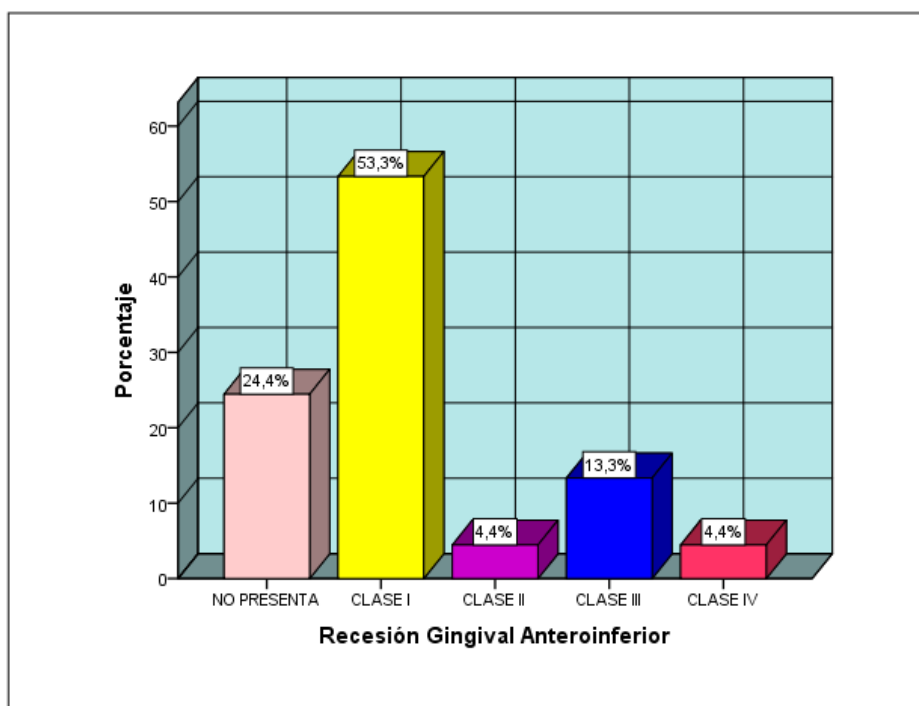
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No presenta R.G.	11	24,4	24,4	24,4
Clase I	24	53,3	53,3	77,8
Clase II	2	4,4	4,4	82,2
Clase III	6	13,3	13,3	95,6
Clase IV	2	4,4	4,4	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del 100% de los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018, referente a la recesión gingival en la región anteroinferior; el 53,3% presentó clase I de Miller y el 4,4% presentó tanto clase II como clase IV de Miller.

GRÁFICO N°7

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA RECESIÓN GINGIVAL
EN LA REGIÓN ANTEROINFERIOR EN PACIENTES ADULTOS
QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNJBG. TACNA-2018



Fuente: Cuadro N°7

CUADRO N°8

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA RECESIÓN GINGIVAL EN LA REGIÓN POSTERIOR INFERIOR EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG. TACNA-2018

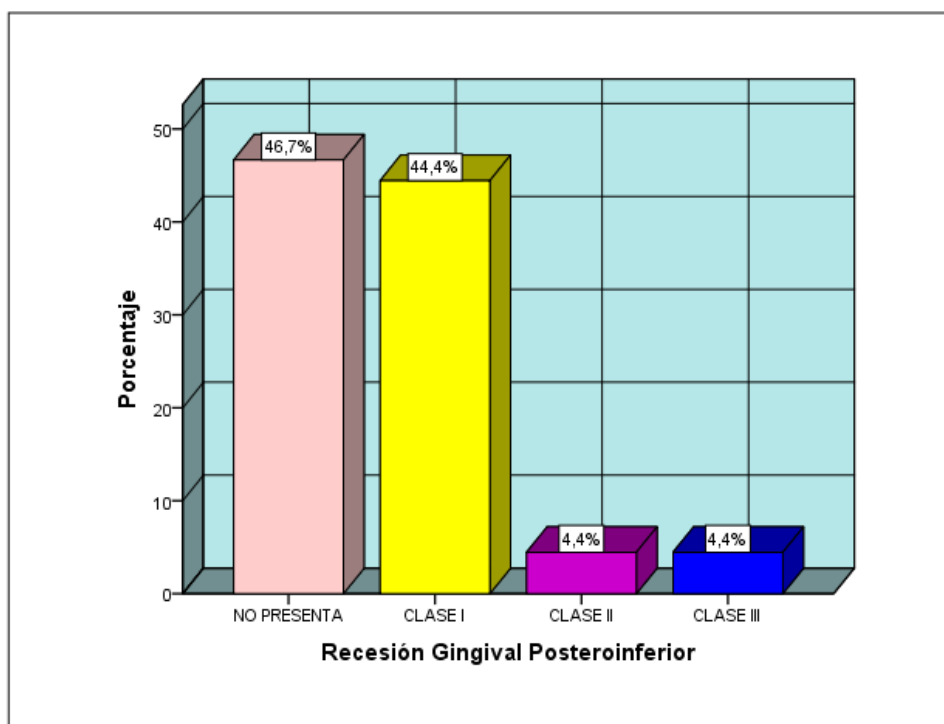
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No presenta R.G.	21	46,7	46,7	46,7
Clase I	20	44,4	44,4	91,1
Clase II	2	4,4	4,4	95,6
Clase III	2	4,4	4,4	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del 100% de los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018, referente a la recesión gingival en la región posterior inferior; el 44,4% presentó recesión gingival clase I de Miller y el 4,4% presentó tanto clase II como clase III de Miller.

GRÁFICO N°8

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA RECESIÓN GINGIVAL
EN LA REGIÓN POSTERIOR INFERIOR EN PACIENTES ADULTOS
QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNJBG. TACNA-2018



Fuente: Cuadro N°8

CUADRO N°9

**RELACIÓN ENTRE BIOTIPO PERIODONTAL Y RECESIÓN GINGIVAL
EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
JORGE BASADRE GROHMANN.
TACNA-2018**

			RESULTADO RECESIÓN GINGIVAL				Total
			Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV	
RESULTADO BIOTIPO PERIODONTAL	fino	Recuento	20	2	5	2	29
		% del total	44,4%	4,4%	11,1%	4,4%	64,4%
	grueso	Recuento	11	3	1	1	16
		% del total	24,4%	6,7%	2,2%	2,2%	35,6%
Total		Recuento	31	5	6	3	45
		% del total	68,9%	11,1%	13,3%	6,7%	100,0%

Contrastación de Hipótesis.

Verificación de la hipótesis general.

Existe una relación directa entre Biotipo periodontal y Recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG en el periodo Abril-Mayo 2018.

a) Planteamiento de la hipótesis estadística.

H₀: No existe una relación directa entre biotipo periodontal y recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG en el periodo Abril-Mayo 2018.

H₁: Existe una relación directa entre Biotipo periodontal y Recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG en el periodo Abril-Mayo 2018.

b) Nivel de significancia: 0,05

c) Elección de la prueba estadística: Contrastación de hipótesis con chi-cuadrado.

X^2 calculado < X^2 tabulado = >ACEPTA H_0
 O
 VALOR DE P < 0.05 = >RECHAZA H_0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,245 ^a	3	,523
Razón de verosimilitud	2,293	3	,514
Asociación lineal por lineal	,161	1	,688
N de casos válidos	45		

Conclusión.

Se concluye que no existe una relación estadísticamente significativa entre biotipo periodontal y recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018 (p= 0,523).

4.2. Discusión

A partir de los hallazgos encontrados, aceptamos la hipótesis nula que establece que no existe relación entre el biotipo periodontal y la recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG.

Estos resultados guardan relación con el estudio que sostiene Klein Riquelme (2014) que concluyó que los adolescentes chilenos con biotipo periodontal fino no presentaron mayor prevalencia de recesión gingival en comparación con quienes tenían un biotipo grueso, es decir no hubo una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables, lo cual es acorde con lo que en este estudio se halla. Contrariamente al estudio que realizó Naranjo Cabezas (2016) en el que la población estudiada presentó recesiones gingivales en un 41,25% y aquellos con un biotipo delgado mostraron 4,46 veces más probabilidad de manifestar recesión gingival que un biotipo grueso. Así como el estudio de Cuesta Benavides (2017) en adolescentes ecuatorianos, el cual halló que la prevalencia de recesión gingival fue del 39% y que la mayor significación estadística se obtuvo para el biotipo fino. Al igual que el estudio de García Linares

et al. (2015) en pacientes adultos y Zúñiga Mando (2017) en alumnos universitarios, quienes también concluyeron sus estudios considerando al biotipo gingival fino como un factor predisponente para la presencia de recesión gingival.

De acuerdo a los hallazgos encontrados acerca de la presencia de recesión y su relación con el biotipo periodontal, los pacientes que presentaron recesión gingival en la región posterior del maxilar tenían tanto biotipo fino como biotipo grueso en el mismo porcentaje y en la región posterior de la mandíbula se presentó en mayor porcentaje el biotipo grueso, lo que difiere con el estudio de García et al. (2015) en el cual se halló que la presencia de recesión y su relación con el biotipo periodontal, fue en el sector posterior superior e inferior en los que se halló una relación estadísticamente significativa entre la presencia de recesión y el biotipo fino.

Se halló que hubo mayor prevalencia de un biotipo periodontal fino en las regiones anteriores tanto superior como inferior, y un biotipo periodontal grueso en las regiones posteriores principalmente en la región inferior; lo que concuerda parcialmente con los resultados del estudio de Zúñiga (2017), que arrojaron que los alumnos, cuyas

piezas dentarias fueron evaluadas presentaron predominio por un biotipo periodontal fino, pero en este caso fue el grupo premolar (región posterior) de mayor significado.

Con respecto a la presencia de recesión gingival según la clasificación de Miller, el presente trabajo halló que el 68,9% presentó clase I, el 11,1% presentó clase II, el 13,3% presentó clase III y el 6,7% presentó clase IV; estos resultados guardan relación con los obtenidos en el estudio de Maetahara (2016), quien encontró en una población peruana recesión gingival clase I en un 64,7%, un 9,4% clase II, 17,5% clase III y 8,4% clase IV. Y con el estudio de García Linares et al. (2008) de los pacientes con recesión gingival el 69,6% presentaron una recesión clase I, 17,64% presentaron una recesión tipo II, 7,84% tuvieron recesión clase III y 5,85% tuvieron una recesión clase IV.

Respecto a las regiones donde hubo mayor presencia de recesiones gingivales, fue en las regiones posterosuperior y anteroinferior las de mayor prevalencia, presentando en mayor porcentaje recesión gingival clase I. Lo que concuerda con el estudio de Carvajal et al (2014) que obtuvo como resultado a los primeros

molares maxilares como los más afectados, específicamente en los sitios mediales y el estudio de Marini (2004) en donde los incisivos mandibulares fueron los dientes más afectados por la recesión gingival. Y con el estudio de Álvarez Huamán (2018) en el que se halló que los premolares inferiores fueron las piezas en las que predominaba la recesión gingival clase I, lo cual es acorde con lo que en este estudio se halla.

CONCLUSIONES

PRIMERA

No existe relación estadísticamente significativa entre biotipo periodontal y recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018 ($p=0,523$).

SEGUNDA

Los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018 presentaron biotipo periodontal fino en un 64,4% y biotipo periodontal grueso en un 35,6% según el método de la transparencia de la sonda.

TERCERA

Los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018 presentaron recesión gingival clase I en un 68,9%, recesión gingival clase II en un 11,1%, recesión gingival clase III en un 13,3% y recesión gingival clase IV en un 6,7% según la clasificación de Miller.

RECOMENDACIONES

- Realizar estudios con una muestra mayor para apreciar mejor la relación que existe entre el biotipo periodontal y la presencia de recesión gingival, además de considerar otros factores asociados y la influencia que éstos presentan.
- Realizar estudios considerando la presencia de recesión gingival por pieza dentaria o por sextante.
- Sensibilizar mediante campañas de salud, tanto a la comunidad odontológica como a los pacientes, sobre la importancia de mantener la buena salud periodontal, como parte de un estilo de vida saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cortellini P, Bissada N. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations J clin periodont [Internet]. 2018[citado 13 junio 2018]; 89(1): 204–213. Disponible en: https://spindlerperio.net/wp-content/uploads/2018/07/15.-Cortellini_Mucogingival-conditions-in-the-natural-dentition.pdf
2. American Academy of Periodontology (1996) Consensus report on mucogingival therapy. Proceedings of the World Workshop in Periodontics. Annals of Periodontology 1, 702–706
3. Chambrone L, Sukekava F, Araújo M, Pustiglioni F, Chambrone L, Lima L. Root-coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects: a Cochrane systematic review. J clin periodont [Internet]. 2010 [citado 13 junio 2018]; 81(4): 452–478. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1902/jop.2010.090540>

4. Rivera R. Prevalencia de la recesión gingival y factores asociados a la higiene bucal en alumnos de postgrado de la UCSUR. Univ Científica del Sur [Internet]. 2014 [citado 20 septiembre 2018]; 1:303–11. Disponible en: <http://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/UCS/433>
5. Cangini F, Cortelini R, Andreana S. Simultaneous treatment of multiple, bilateral, deep bucal recession defects with bioabsorbable barrier membranes: A case report. *Quintessence Int.* (2003);34:15-8.
6. Melsen B, Allais D. Factors of importance for the development of dehiscences during labial movement of mandibular incisors: A retrospective study of adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2005; 127:552-61.
7. Woofter C. The prevalence and etiology of gingival recession. *Periodontal Abstr* 1969;17:45-50.

8. Maetahara D. Prevalencia, extensión y severidad de recesiones gingivales en pacientes del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. [Tesis para optar el grado de bachiller en odontología] Lima: UNMSM; 2006.

9. Wennström J. Lack of association between width of attached gingiva and development of soft tissue recession: A 5-year longitudinal study. *J clin periodont* [Internet]. 1987 [citado septiembre 2018]; 14(3):181–184. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600051X.1987.tb00964.x>

10. Lopez M, Li J. Cubrimiento radicular. *Rev Estomatol Herediana* [Internet]. 2011 [citado 13 junio 2018]; 21(3):226–230. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/171/143>

11. Klein C. Biotipo Periodontal y Recesiones Gingivales: prevalencia e indicadores de riesgo en adolescentes entre 15 y 19 años de la ciudad de Santiago. [Tesis para optar al título de cirujano-dentista] Santiago: Universidad De Chile; 2014.

12. Cuesta J. Prevalencia de Recesión gingival y su asociación con el biotipo periodontal en adolescentes de la unidad educativa “Cardenal Carlos María de la Torre” del Quinche año 2017 [Tesis para optar el título de Odontólogo]. Quito: Universidad Central Del Ecuador; 2017.
13. Naranjo M. Prevalencia de recesiones gingivales en dientes anteroinferiores según el biotipo periodontal en pacientes con apiñamiento dental en la universidad de las Américas. [Tesis para optar el título de Odontólogo] Ecuador: Universidad de las Américas; 2016.
14. Marini G, Aguiar S, Passanezi E, Passanezi A. Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. *J. Appl. Oral Sci.* [Internet]. 2004 [citado 18 May 2018];12(3) Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-77572004000300017
15. Carvajal P et al. Prevalencia y distribución de la recesión gingival vestibular en adultos chilenos de 35 – 44 años. [Tesis para optar al título de cirujano-dentista] Santiago: Universidad De Chile; 2014.

16. García S, Cayturo C, Gutiérrez M, Medina K y Orrego G. El biotipo periodontal como factor influyente en recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la Clínica de Posgrado de la UNMSM, Lima-Perú. *Theorēma* [Internet] 2015 [citado 15 Mayo 2018]; 2(2):19-25. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/view/11959/10704>
17. Zúñiga M. Relación del biotipo periodontal con la recesión gingival en alumnos con trauma oclusal primario de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2016 [Tesis para optar al título de cirujano-dentista] Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2017.
18. García S, Morales E, Bravo F. Incidencia de recesiones gingivales en la clínica odontológica de la UNMSM en el año 2008. Disponible en: <https://docplayer.es/12578560-Incidencia-de-recesiones-gingivales-en-la-clinica-odontologica-de-la-unmsm-en-el-ano-2008.html>

19. Álvarez D. Prevalencia de recesión gingival en pacientes adultos del servicio de odontología de los hospitales Víctor Lazarte Echegaray y regional docente de Trujillo. [Tesis para optar al título de cirujano-dentista] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.
20. Zucchelli G. Cirugía estética mucogingival. Vol 1. 1a ed. España: Quintessence SL; 2014.
21. Haghghat K. Modified semilunar coronally advanced fl ap. J Periodontol. 2006; 77(7):1274-9.
22. Carranza F. Clinical periodontology. 9th edition ed. Missouri: Elsevier; 2000
23. Baker D, Seymour G. The possible pathogenesis of gingival recession. A histological study of induced recession in the rat. J Clin Periodontol. [Internet] 1976[citado 30 Mayo 2018];3(4):208-19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1069011>

24. Beltrán V, De la Roza G, Wilckens M, Fuentes R, Padilla M, Aillapan E et al. Effects of Manual Toothbrushing on Gingival Recession in an Adult Population Sample in South of Chile. *J Clin Periodontol* [Internet]. 2014 [citado 18 May 2018];8(3):461-67. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/d584/61ea8a7e3f5248028981549147876c59c397.pdf>
25. Lindhe J, Lang N. *Periodontología clínica e implantología odontológica*. 4th ed. Perú: Médica Panamericana; 2000.
26. Chambrone L, Chambrone LA. Gingival recessions caused by lip piercing: case report. [Internet]. Vol. 69, *Journal (Canadian Dental Association)*. 2003 [citado 13 junio 2018]. p. 505–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15553886>
27. Ruf S, Hansen K, Pancherz H, Thilander B. Does orthodontic proclination of lower incisors in children and adolescents cause gingival recession? *Am J Orthod Dentofac Orthop* [Internet]. 1998 [citado 28 Mayo 2018];114(1):100–6. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889540698702446>

28. Albandar J, Kingman A, Brown L, Löe H. Gingival inflammation and subgingival calculus as determinants of disease progression in early-onset periodontitis. *J Clin Periodontol* [Internet]. 1998 [citado 27 Mayo 2018]; 25(3):231–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9543194>
29. Müller H, Könönen E. Variance components of gingival thickness. *J Periodontal Res* [Internet]. 2005 [citado 27 Mayo 2018];40(3):239–44. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15853970>
30. Verdugo F, Simonian K, Nowzari H. Periodontal Biotype Influence on the Volume Maintenance of Onlay Grafts. *J Periodontol* [Internet]. 2009 [citado 27 Mayo 2018]; 80(5):816–23. Disponible en: <http://www.joponline.org/doi/10.1902/jop.2009.080572>
31. Richman C. Is gingival recession a consequence of an orthodontic tooth size and/or tooth position discrepancy? “A paradigm shift”. *Compend Contin Educ Dent* [Internet]. 2011 [citado 27 Mayo 2018]; 32(1):62–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21462624>

32. Miller P. A classification of Marginal Tissue Recession. The International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry. 1985;5(2): 8-13
33. Lister C, Alarcón M. Fenotipos periodontales. Rev. Estomatol Herediana. [Internet] 2010[citado 24 Mayo 2018]; 20(4):227-230. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1744>
34. Zerón A. Biotipos, fenotipos y genotipos. Revista mexicana de Periodontología. p. 22-24.
35. Cohen E. Atlas de cirugía periodontal cosmética y reconstructiva. Tercera ed. 2010 [citado 22 Mayo 2018];12–20. Disponible en: <http://www.libreriaserviciomedico.com/product/91453/atlas-de-cirurgiaperiodontal-cosmetica-y-reconstructiva---edward-cohen>

36. Kao R, Lee S, Harpenau L. Clinical challenges in diagnosing and monitoring periodontal inflammation. *J Calif Dent Assoc* [Internet]. 2010 Apr [citado 23 Junio 2018];38(4):263–70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20509366>
37. Esfahrood ZR. y cols. Gingival biotype: a review. *Gen Dent.* . [Internet] 2013 [citado 30 Mayo 2018]; 61(4):14-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23823337>
38. CABRERA E. “Severidad de la pérdida de papila interdental del sector antero superior en relación al biotipo periodontal en pacientes del Hospital Nacional Luís N. 40 Sáenz de la Policía Nacional del Perú”. 2012.
39. Kan JYK, Morimoto T, Rungcharassaeng K, Roe P, Smith DH. Gingival biotype assessment in the esthetic zone: visual versus direct measurement. *Int J Periodontics Restorative Dent* [Internet]. 2010 Jun [citado 30 Mayo 2018]; 30(3):237–43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20386780>

40. Navarrete M, Godoy I, Melo P, Nally J. Correlación entre biotipo gingival, ancho y grosor de encía adherida en zona estética del maxilar superior. [Internet] 2015 [citado 27 Mayo 2018]; 8(3):192-197. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v8n3/art02.pdf>
41. Zweers J, Thomas R, Slot D, Weisgold A, Van der Weijden F. Characteristics of periodontal biotype, its dimensions, associations and prevalence: a systematic review. J Clin Periodontol [Internet]. 2014 [citado 20 Junio 2018];41(10):958–71. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24836578>
42. De Rouck T, Eghbali R, Collys K, De Bruyn H, Cosyn J. The gingival biotype revisited: transparency of the periodontal probe through the gingival margin as a method to discriminate thin from thick gingiva. J Clin Periodontol [Internet]. 2009 [citado 20 Junio 2018]; 36(5):428–33. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19419444>
43. Eghbali A, De Bruyn H, De Rouck T, Cosyn J. The gingival biotype assessed by experienced and inexperienced clinicians J Clin Periodontol. 2009; 36(11):958–63.

44. Vandana K. Prevalence of different gingival biotypes in individuals with varying forms of maxillary central incisors: A survey [Internet]. 2013 [citado 24 Junio 2018]; 3(2):116–121. Disponible en: <http://www.jdionline.org/article.asp?issn=09746781;year=2013;volume=3;issue=2;spage=116;epage=121;auiast=Bhat>
45. Fu J, Yeh C, Chan H, Tatarakis N, Leong D, Wang H. Tissue biotype and its relation to the underlying bone morphology. *J Clin Periodontol* [Internet]. 2010 [citado 24 Junio 2018]; 81(4):569–74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20367099>
46. Januário A, Barriviera M., Duarte W. Soft tissue cone-beam computed tomography: a novel method for the measurement of gingival tissue and the dimensions of the dentogingival unit. *J Esthet Restor Dent*. [Internet]. 2008 [citado 25 Junio 2018] 20(6): 366–374. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19120781>
47. Cook V, Timock A, Crowe J, Wang M, Covell D. Accuracy of alveolar bone measurements from cone beam computed tomography acquired using varying settings. *Orthodontics & Craniofacial Research*. 2015 ; 18(51):127–136.

48. Lee C, Darling C, Fried D. Imagen tomográfica de coherencia óptica sensible a la polarización de la desmineralización artificial en las superficies expuestas de las raíces de los dientes. *Abolladura. Mater.* 2009;25:721–728. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19167052>
49. Esfahrood Z, Kadkhodazadeh M, Reza M, Ardakani T. Gingival biotype: a review. *Periodontics [Internet].* 2012 [citado 25 Junio 2018]; 1:14–7. Disponible en: <http://periobasics.com/wp-content/uploads/2015/01/gingiva-type.pdf>
50. Olsson M, Lindhe J. Periodontal characteristics in individuals with varying form of the upper central incisors. *J Clin Periodontol.* 1991;18(1):78-82

ANEXOS

ANEXO 01

RESOLUCIÓN DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 8263-2018-FACS-UNJBG
Tacna, 11 de abril del 2018

VISTO:

El Oficio N° 103-2018-ESOD/FACS, remitido el 09.04.18, el Director de la Escuela Profesional de Odontología, solicitando designación de Asesor para el proyecto de tesis, y autorización para ejecución presentado por el Est. KATHERINE BRENDA CARBAJAL VALDIVIA, y

CONSIDERANDO:

Que, el Est. KATHERINE BRENDA CARBAJAL VALDIVIA, de la Escuela Profesional de Odontología, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Oficio N° 103-2018-ESOD/FACS, remitido el 09.04.18, Director de la Escuela Profesional de Odontología, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: RELACIÓN ENTRE BIOTIPO PERIODONTAL Y RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG EN EL PERIODO ABRIL-MAYO 2018, presentado por el Est. KATHERINE BRENDA CARBAJAL VALDIVIA, de la Escuela Profesional de Odontología, de la Facultad de Ciencias de la Salud, designando como Asesor al C.D. Carlos Valdivia Silva;

Que, teniendo opinión favorable de su Asesor al C.D. Carlos Valdivia Silva, se procede a autorizar la ejecución del Proyecto de Tesis;

De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ART. 1°: Oficializar la Designación como Asesor al C.D. Carlos Valdivia Silva, para el Proyecto de Tesis titulado: RELACIÓN ENTRE BIOTIPO PERIODONTAL Y RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG EN EL PERIODO ABRIL-MAYO 2018 presentado por el Est. KATHERINE BRENDA CARBAJAL VALDIVIA de la Escuela Profesional de Odontología, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ART. 2°: Autorizar la ejecución de Proyecto de Tesis presentado por el Est. KATHERINE BRENDA CARBAJAL VALDIVIA, de la Escuela Profesional de Odontología, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.

[Firma]
Dra. María Emilia Salas de Cornejo
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]
Mg. Yarnile Del Carmen Berrios Espejo
SECRETARIA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DISTR. ESOD., INTERESADO., arch.

YDCBE/tr.-

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria - Central Telefónica 583000 Anexo 2226 Casilla Postal 316.

ANEXO 02

RESOLUCIÓN DE CAMBIO DE TÍTULO



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 8723-2018-FACS-UNJBG
Tacna, 26 de octubre del 2018

VISTO:

El Oficio N° 348-2018-ESOD/FACS, recibido el 24.10.18, el Director de la Escuela Profesional de Odontología, solicitando la MODIFICACIÓN del título del proyecto de tesis, y presentado por la Bach. KATHERINE BRENDA CARBAJAL VALDIVIA, y

CONSIDERANDO:

Que, mediante R.F. N° 8674-2018-FACS, de fecha 26.09.18, se designa al como asesor al C.D. Carlos Enrique Valdivia Silva, para el proyecto de tesis titulado: RELACIÓN ENTRE BIOTIPO PERIODONTAL Y RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG EN EL PERIODO ABRIL-MAYO 2018, presentado por la Bach. KATHERINE BRENDA CARBAJAL VALDIVIA,;

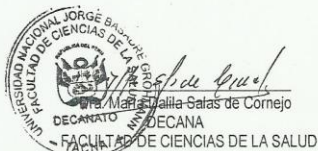
Que, a través del Oficio N° 348-2018-ESOD/FACS, recibido el 24.10.18, el Director de la Escuela Profesional de Odontología, solicita la MODIFICACIÓN del título del Informe Final presentado por la Bach. KATHERINE BRENDA CARBAJAL VALDIVIA, debiendo ser en adelante como: RELACIÓN ENTRE BIOTIPO PERIODONTAL Y RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN. TACNA-2018, a sugerencia de su asesor y de su jurado;

De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

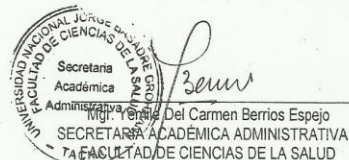
SE RESUELVE:

ART. UNICO: MODIFICAR el Título del Proyecto de Tesis, presentado por la Bach KATHERINE BRENDA CARBAJAL VALDIVIA, debiendo ser en adelante: RELACIÓN ENTRE BIOTIPO PERIODONTAL Y RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN. TACNA-2018, a sugerencia de su Asesor y su Jurado Dictaminador.

Regístrese, comuníquese y archívese.



DISTR. ESOD., INTERESADO., arch.



YDCBE/ttr.-

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria - Central Telefónica 583000 Anexo 2226 Casilla Postal 316.

ANEXO 03 FICHA CLINICA

"Relación entre Biotipo periodontal y Recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG en el periodo Abril-Mayo 2018"

FICHA CLINICA

FILIACIÓN:

Nombre del paciente:

Edad: _____ Sexo: M__ F__

BIOTIPO PERIODONTAL:

ANTEROSUPERIOR	ANTEROINFERIOR
POSTEROSUPERIOR	POSTEROINFERIOR

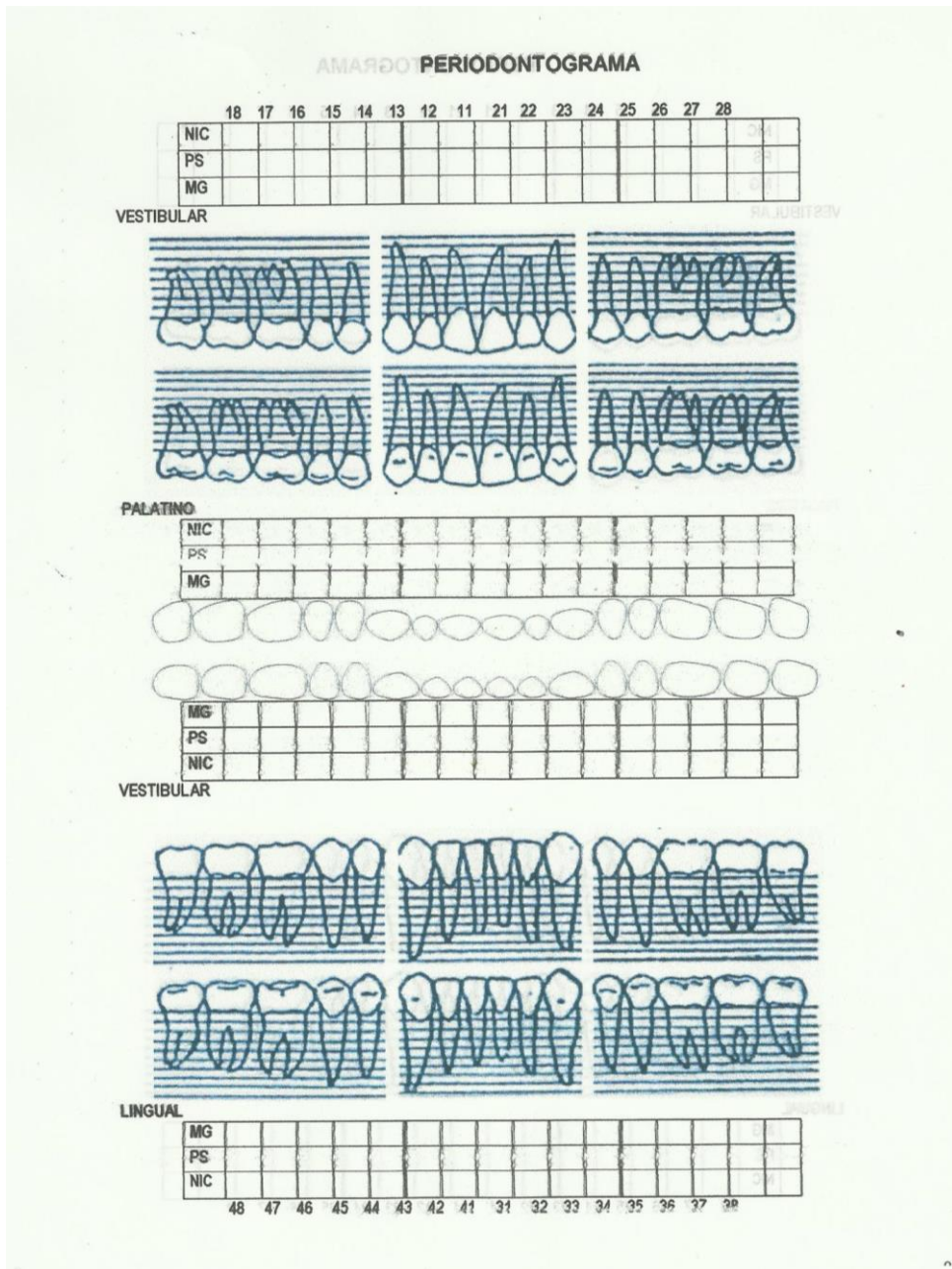
<p>TRANSPARENCIA DE LA SONDA PERIODONTAL Biotipo grueso: No se observa contorno de la sonda subyacente al margen gingival. Biotipo fino: Se observa contorno de la sonda subyacente al margen gingival.</p>
--

RECESION GINGIVAL (CLASIFICACION DE MILLER):

ANTEROSUPERIOR	ANTEROINFERIOR
POSTEROSUPERIOR	POSTEROINFERIOR

<p>CLASIFICACION DE MILLER: Clase I: Recesión que no alcanza la unión mucogingival. Clase II: Recesión que se extiende hasta la unión mucogingival o más allá de esta. Clase III: Recesión que se extiende hasta la unión mucogingival o más allá de esta, pérdida de inserción moderada en proximal. Clase IV: Recesión que se extiende más allá de la unión mucogingival, pérdida de inserción severa en proximal.</p>

ANEXO 04 PERIODONTOGRAMA



ANEXO 05
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°	SEXO	EDAD	BIOTIPO PERIODONTAL				RECESIÓN GINGIVAL			
			ANTEROSUPERIOR	POSTEROSUPERIOR	ANTEROINFERIOR	POSTEROINFERIOR	ANTEROSUPERIOR	POSTEROSUPERIOR	ANTEROINFERIOR	POSTEROINFERIOR
1	F	57	-	Fino	Fino	Fino	-	Clase I	Clase I	Clase I
2	F	50	-	Fino	Fino	Grueso	-	Clase I	Clase IV	Clase I
3	M	39	-	Fino	-	Fino	-	Clase II	-	Clase II
4	F	44	-	Fino	Fino	-	-	Clase I	Clase III	-
5	F	47	-	Fino	-	-	-	Clase II	-	-
6	M	45	-	Grueso	Grueso	-	-	Clase II	Clase III	-
7	M	50	Grueso	Grueso	Grueso	Grueso	Clase I	Clase I	Clase I	Clase I
8	F	47	-	Fino	Fino	Fino	-	Clase I	Clase IV	Clase I
9	F	51	-	Grueso	Fino	-	-	Clase IV	Clase I	-
10	M	72	Fino	Grueso	-	Grueso	Clase I	Clase I	-	Clase I
11	F	43	-	-	Fino	-	-	-	Clase III	-
12	M	58	Grueso	Grueso	Grueso	Grueso	Clase I	Clase I	Clase I	Clase I
13	F	35	-	Fino	Fino	-	-	Clase I	Clase I	-
14	F	56	Fino	Fino	Fino	Fino	Clase III	Clase III	Clase III	Clase III
15	F	68	-	Fino	Fino	Fino	-	Clase I	Clase I	Clase I
16	M	61	-	Grueso	Grueso	Grueso	-	Clase I	Clase I	Clase I
17	F	54	-	Fino	Fino	-	-	Clase I	Clase III	-
18	F	56	-	Fino	Fino	Fino	-	Clase I	Clase I	Clase I
19	F	31	-	Grueso	-	-	-	Clase I	-	-
20	F	60	Fino	Fino	Fino	Grueso	Clase I	Clase I	Clase I	Clase I
21	F	55	Fino	-	Fino	Grueso	Clase I	-	Clase I	Clase I
22	F	47	-	Grueso	-	-	-	Clase I	-	-
23	F	29	-	Fino	-	-	-	Clase I	-	-

24	F	44	-	Grueso	-	Grueso	-	Clase I	-	Clase I
25	F	21	-	Grueso	Fino	-	-	Clase I	Clase I	-
26	F	21	-	-	Fino	-	-	-	Clase I	-
27	M	19	-	-	Grueso	-	-	-	Clase I	-
28	F	35	-	Grueso	Fino	-	-	Clase I	Clase I	-
29	M	22	-	-	Fino	Grueso	-	-	Clase I	Clase I
30	F	45	-	Grueso	Fino	-	-	Clase I	Clase I	-
31	F	33	-	-	Fino	-	-	-	Clase I	-
32	M	24	-	-	Fino	-	-	-	Clase I	-
33	M	19	-	Fino	-	-	-	Clase I	-	-
34	M	21	Fino	-	Fino	-	Clase I	-	Clase I	-
35	F	41	-	Grueso	Fino	Grueso	-	Clase I	Clase I	Clase I
36	F	43	-	-	Grueso	Grueso	-	-	Clase II	Clase II
37	F	35	-	Grueso	Fino	-	-	Clase I	Clase I	-
38	F	65	Fino	Grueso	Fino	Fino	Clase I	Clase III	Clase III	Clase III
39	M	26	-	-	-	Grueso	-	-	-	Clase I
40	F	50	-	Grueso	-	Grueso	-	Clase I	-	Clase I
41	F	47	-	-	-	Fino	-	-	-	Clase I
42	F	20	-	-	Fino	Grueso	-	-	Clase II	Clase I
43	F	19	-	-	Fino	Grueso	-	-	Clase I	Clase I
44	M	25	-	-	Fino	-	-	-	Clase I	-
45	M	60	Grueso	Grueso	Grueso	Grueso	Clase I	Clase II	Clase I	Clase I

ANEXO 06

CUADRO N°10

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG. TACNA-2018

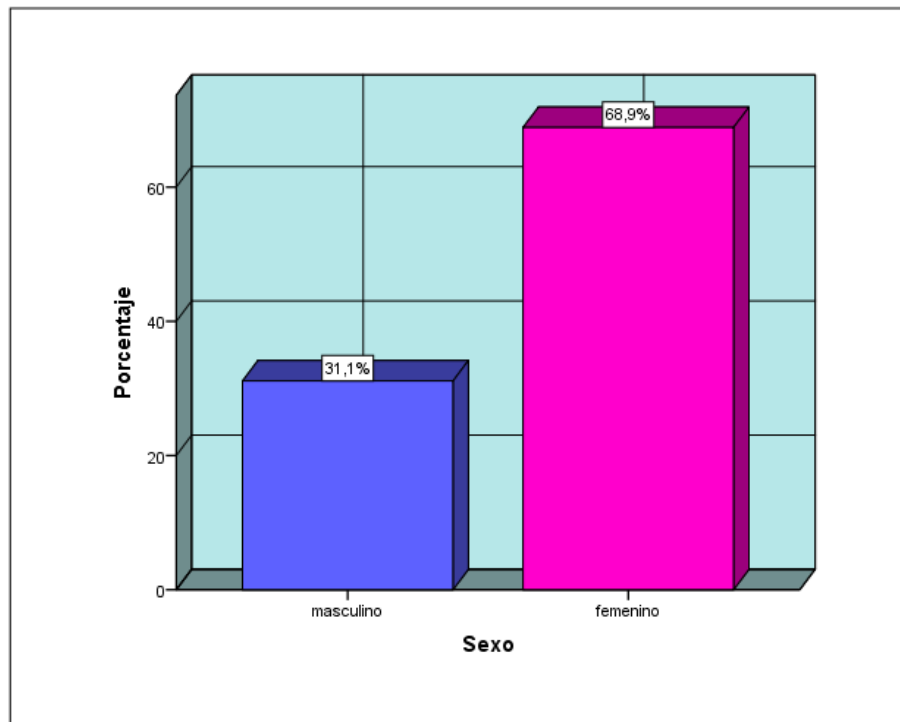
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido masculino	14	31,1	31,1	31,1
femenino	31	68,9	68,9	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del 100% de los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018, referente al sexo de los pacientes, se observa que el mayor porcentaje 68,9% son de sexo femenino, mientras que el menor porcentaje 31,1% son de sexo masculino.

GRÁFICO N°10

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG. TACNA-2018



Fuente: Cuadro N°10

CUADRO N°11

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL GRUPO ETARIO DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG. TACNA-2018

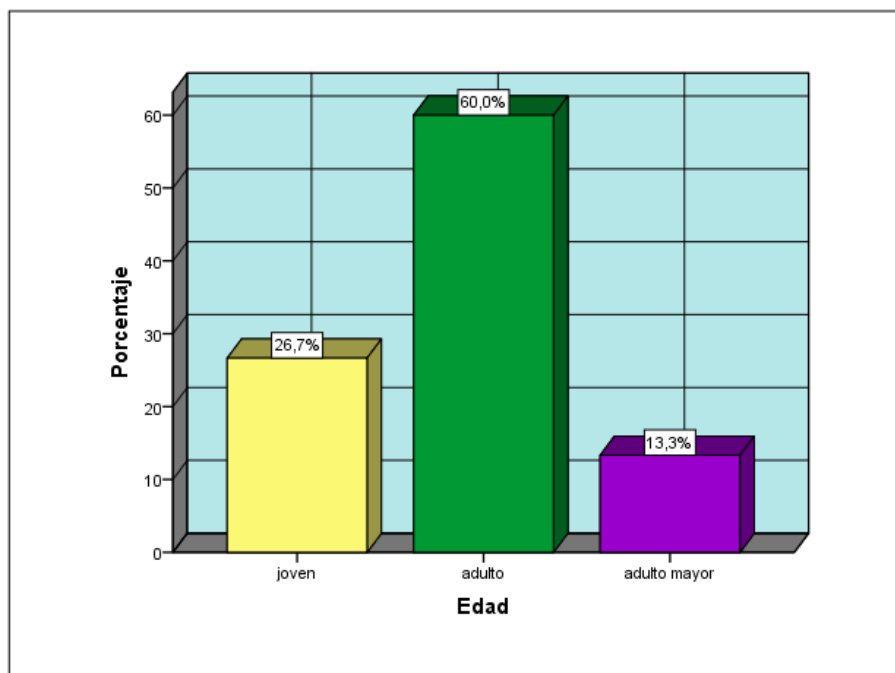
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido joven	12	26,7	26,7	26,7
adulto	27	60,0	60,0	86,7
adulto mayor	6	13,3	13,3	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del 100% de los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018, referente al grupo etario, se observa que el mayor porcentaje 60% pertenece al grupo etario adulto, mientras que el menor porcentaje 13,3% pertenecen al grupo etario adulto mayor.

GRÁFICO N°11

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL GRUPO ETARIO DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG. TACNA-2018



Fuente: Cuadro N°11

CUADRO N°12

BIOTIPO PERIODONTAL DE ACUERDO A REGIONES EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG. TACNA-2018

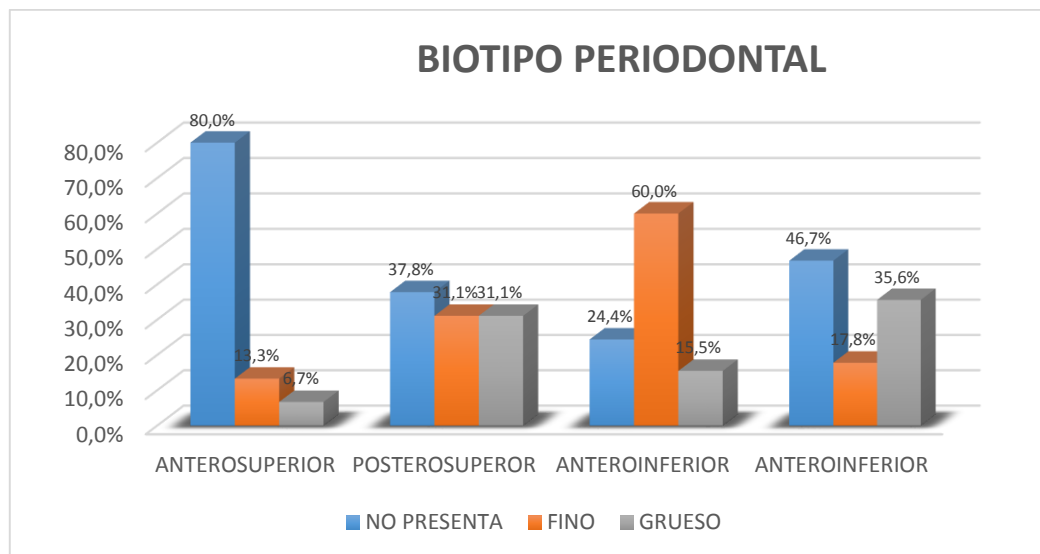
REGIONES	BIOTIPO PERIODONTAL		
	NO PRESENTA R.G.	SI PRESENTA R.G.	
		FINO	GRUESO
ANTEROSUPERIOR	80.0%	13.3%	6.7%
POSTEROSUPEROR	37.8%	31.1%	31.1%
ANTEROINFERIOR	24.4%	60.0%	15.5%
POSTEROINFERIOR	46.7%	17.8%	35.6%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del 100% de los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018; referente al biotipo periodontal, en la región anterosuperior el mayor porcentaje 13.3% presentó biotipo periodontal fino, en la región posterosuperior presentó el mismo porcentaje 31.1% para biotipo periodontal fino y grueso, en la región anteroinferior el mayor porcentaje 60% que presentó biotipo periodontal fino y en la región posteroinferior el mayor porcentaje 35.6% presentó biotipo periodontal grueso.

GRÁFICO N°12

BIOTIPO PERIODONTAL DE ACUERDO A REGIONES EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG. TACNA-2018



Fuente: Cuadro N°12

CUADRO N°13

RECESIÓN GINGIVAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE MILLER DE ACUERDO A REGIONES EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG.

TACNA.2018

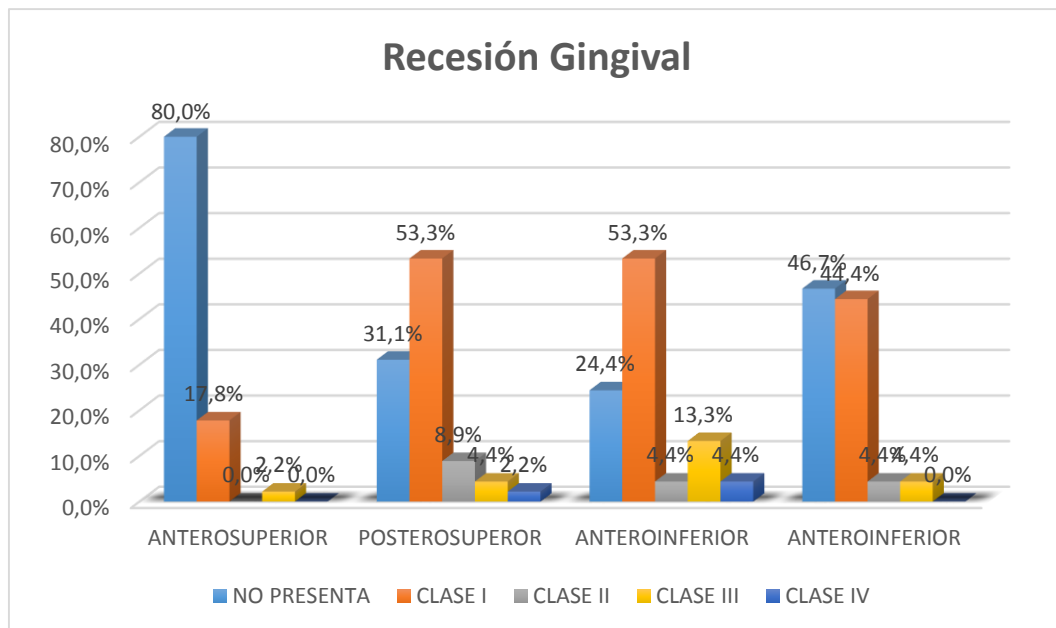
	RECESIÓN GINGIVAL				
	NO PRESENTA	SI PRESENTA			
		CLASE I	CLASE II	CLASE III	CLASE IV
ANTEROSUPERIOR	80.0%	17.8%	0.0%	2.2%	0.0%
POSTEROSUPEROR	31.1%	53.3%	8.9%	4.4%	2.2%
ANTEROINFERIOR	24.4%	53.3%	4.4%	13.3%	4.4%
POSTEROINFERIOR	46.7%	44.4%	4.4%	4.4%	0.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del 100% de los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018; referente a la recesión gingival, en la región anterosuperior el mayor porcentaje 80% no presentaron recesión gingival, en la región posterosuperior el mayor porcentaje 53,3% presentó recesión gingival Clase I, en la región anteroinferior el mayor porcentaje 53,3% presentó recesión gingival Clase I, en la región posteroinferior el mayor porcentaje 46,7% no presentaron recesión gingival.

GRÁFICO N°13

RECESIÓN GINGIVAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE MILLER DE ACUERDO A REGIONES EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG. TACNA- 2018



Fuente: Cuadro N°13

CUADRO N°14

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA RECESIÓN GINGIVAL
EN LA REGIÓN ANTERIOR (SUPERIOR E INFERIOR) EN
PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG. TACNA-2018**

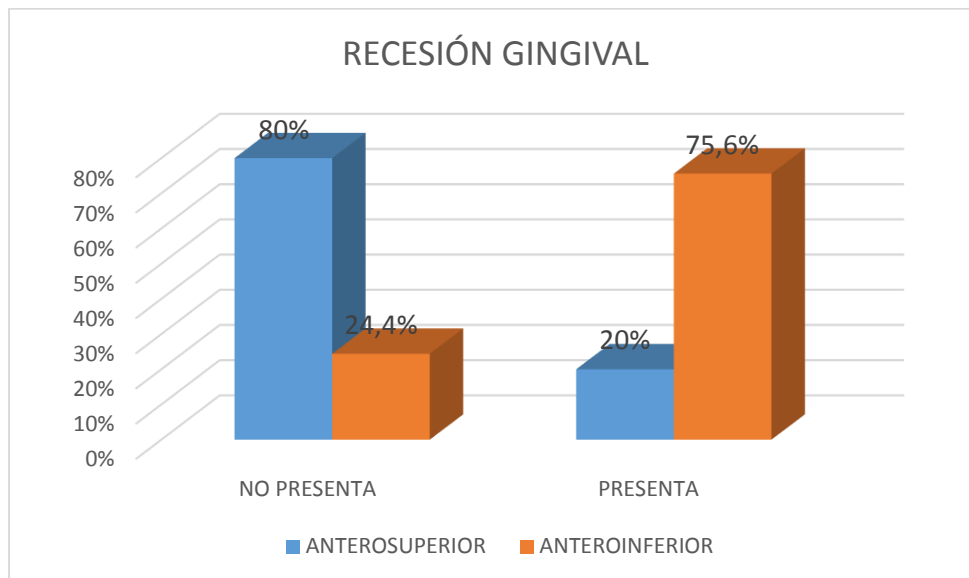
RECESIÓN GINGIVAL		
	NO PRESENTA	PRESENTA
ANTEROSUPERIOR	80%	20%
ANTEROINFERIOR	24,4%	75,6%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del 100% de los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna- 2018, referente a la recesión gingival en la región anterior; el 20% se presenta en la región anterosuperior y 75,6% en la región anteroinferior.

GRAFICO N°14

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA RECESIÓN GINGIVAL
EN LA REGIÓN ANTERIOR (SUPERIOR E INFERIOR) EN
PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG. TACNA-2018**



Fuente: Cuadro N°14

CUADRO N°15

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA RECESIÓN GINGIVAL EN LA REGIÓN POSTERIOR (SUPERIOR E INFERIOR) EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG. TACNA-2018

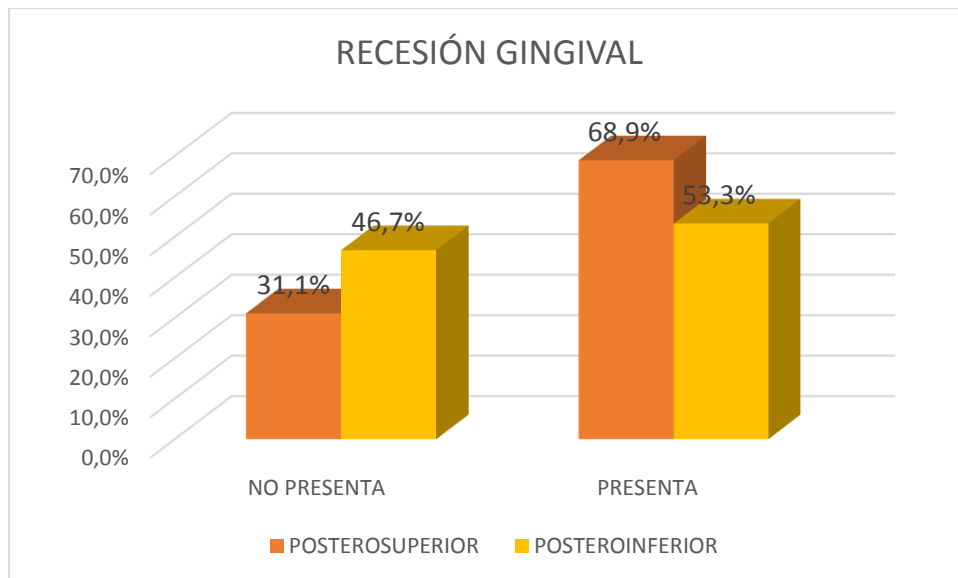
RECESIÓN GINGIVAL		
	NO PRESENTA	PRESENTA
POSTEROSUPERIOR	31,1%	68,9%
POSTEROINFERIOR	46,7%	53,3%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del 100% de los pacientes adultos que acuden a la clínica odontológica de la UNJBG. Tacna-2018, referente a la recesión gingival en la región posterior; el 68,9% se presenta en la región posterosuperior y 53,3% en la región posteroinferior.

GRAFICO N°15

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA RECESIÓN GINGIVAL
EN LA REGIÓN POSTERIOR (SUPERIOR E INFERIOR) EN
PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNJBG. TACNA-2018**



Fuente: Cuadro N°15

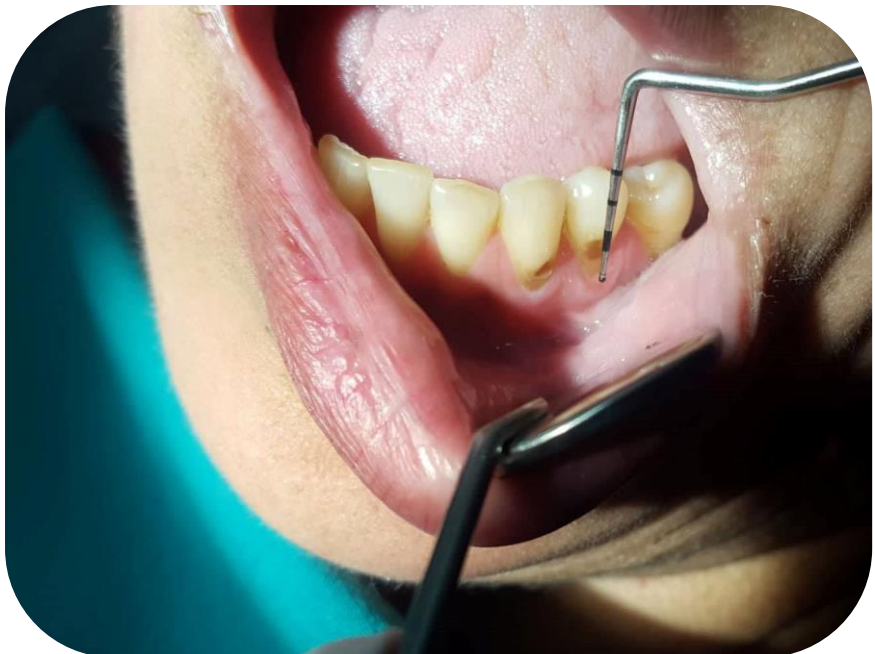
ANEXO 07
ICONOGRAFÍA



Evaluación de los pacientes en la clínica odontológica-UNJBG



Evaluación del biotipo periodontal mediante el método de la transparencia de la sonda



Evaluación de la recesión gingival según la clasificación de Miller