



PREVALENCIA DE LAS RECESIONES GINGIVALES SEGÚN MILLER EN LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2012

PREVALENCE OF GINGIVAL RECESIONS BY MILLER IN PATIENTS THAT ATTENDED THE FACULTY OF DENTISTRY OF CARABOBO UNIVERSITY DURING THE SECOND QUARTER OF 2012

*Recibido para Arbitraje: 23/09/2012
Aceptado para Publicación: 18/12/2014*

Angélica Burgos *, Francimar Urdaneta +, Moisés Velásquez +

*Especialista en Periodoncia y Medicina Oral, Universidad el Bosque, Colombia. Doctora en Ciencias Odontológicas, LUZ, Maracaibo, Venezuela. Profesor Asociado del Departamento de Prostoponcia y Oclusión UC. International member of American Academy of Periodontology.

+ Estudiantes de último año de Odontología, Facultad de Odontología UC.

CORRESPONDENCIA: angelicaburgos@hotmail.com

RESUMEN

La recesión gingival constituye un hallazgo clínico frecuente, de etiología multifactorial que puede generar problemas estéticos, hipersensibilidad y caries radicular. El propósito de la investigación fue determinar la prevalencia de las recesiones gingivales según Miller en los pacientes que asistieron a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el segundo trimestre del año 2012. Se trata de un estudio de tipo descriptivo, con diseño no experimental transversal. La población fue de 400 pacientes, la muestra de 120 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión: adultos de entre 18 y 60 años, de ambos sexos, fumadores y no fumadores, con o sin enfermedad periodontal, tratamiento de ortodoncia, dehiscencia ósea e inserción alta de frenillo. Se utilizó la técnica de observación directa y como instrumento una guía de observación, empleándose espejos bucales y sonda periodontal para el examen clínico. La prevalencia de recesión gingival de la muestra fue de 61%, con un total de 178 unidades dentarias afectadas, de ellas un 48% presentó recesión gingival clase I de Miller, 39% clase II, 13% clase III y 1% IV. El tipo de unidad dentaria más afectada fueron los premolares con un 36%, molares 31%, incisivos 19% y caninos en un 14%. Se concluyó que existió una prevalencia significativa de recesión gingival en las personas de sexo femenino, en el grupo etario de 18-39 años, y en cuanto a factores etiológicos, la inflamación gingival estuvo asociada con el aumento en la frecuencia de la recesión gingival en un 67% y la malposición dentaria en 40%.

PALABRAS CLAVE: Recesión gingival, prevalencia, Miller.

ABSTRACT

The gingival recession is a common clinical finding, its etiology is multi-factorial and that can generate cosmetic problems, hypersensitivity and root caries. The purpose of this study was to evaluate the prevalence of the gingival recessions according to Miller's classification in the patients who attended the Faculty of Dentistry at the University of Carabobo during the second quarter of 2012. The research design used was a non-experimental, cross-sectional descriptive field study. The population was 400 patients but we select a sample of 120 patients, the inclusion criteria were: adults between 18 and 60 years old, males and females, smokers and non-smokers, with or without periodontal disease, orthodontic treatment, bone dehiscence and high insertion of frenulum. The researchers used the direct observation and an observation guide; mouth mirrors and periodontal probe were employed for the clinical examination. The prevalence of gingival recession was 61% (178 tooth affected), of which 48% presented gingival recession Miller's class I, Miller's class II 39%, Miller's Class III 13% and Miller's class IV 1%. The dental group most affected was premolars with 36%, 31% molars, incisors and canines 19% and 14% respectively. It was concluded that there was a significant prevalence of gingival recession in female population and in patients between 18-39 years old, with gingival inflammation (67%) and dental malposition (40%).

KEY WORDS: Gingival recessions, Miller, prevalence.

INTRODUCCIÓN

El origen y desarrollo de las enfermedades periodontales, está dado por diversos factores locales y sistémicos, donde las bacterias que se encuentran en la biopelícula dental son el factor etiológico primario de la enfermedad, al cual se le asocian otros factores como la respuesta inmunológica del individuo, hábitos, condición sistémica, edad, sexo, raza y condición socioeconómica¹.

Conviene señalar, que las periodontopatías son muy frecuentes en el hombre, afectando los tejidos de soporte y protección de los dientes. Con frecuencia dichos trastornos ocasionan recesión gingival, condición que se caracteriza por una migración apical de la encía marginal dejando expuesta al medio bucal las superficies radiculares¹ y cuya etiología se considera multifactorial, donde intervienen factores anatómicos predisponentes tales como mal posición dentaria, dehiscencia ósea, inserción alta del frenillo y otros desencadenantes entre los que destacan inflamación gingival, cepillado traumático, ortodoncia².

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 sanas³, ocasionando síntomas subjetivos como presencia de hipersensibilidad radicular ante estímulos térmicos o táctiles y sensibilidad gingival sobre todo al cepillarse, así como también genera un temor de posible pérdida del diente por parte del paciente e inconformidad con su aspecto estético, que debido a la creciente necesidad de gozar de una buena apariencia, se ha convertido en un aspecto de gran relevancia, donde la sonrisa juega un rol fundamental². Cabe destacar que si la recesión gingival no es tratada a tiempo puede agravarse originando entre otros problemas como el desarrollo de caries radicular junto a la sintomatología asociada⁴.

Por consiguiente, la sumatoria de todos estos factores se han tornado en un motivo de consulta frecuente para las personas que acuden al odontólogo², y quienes asisten a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo no escapan de esta realidad, presentándose la recesión gingival como un hallazgo clínico común que genera una sintomatología importante, el cual una vez identificado, debe evaluarse con el fin de conocer la frecuencia en que se presenta y

las posibles causas que la originan, tanto en individuos sanos como en aquellos afectados periodontalmente. Todo esto con la pretensión de tomar medidas que ayuden a controlar su aparición y progresión, logrando de esta manera evitar las posibles complicaciones que podrían ocasionar en los pacientes afectados^{4,5}. Destacando igualmente que los estudios realizados a nivel nacional respecto a la prevalencia de recesión gingival son escasos, siendo en su mayoría de origen extranjera la información que aquí manejamos.

Por tal motivo surge el interés de los investigadores enmarcándose en el campo de rehabilitación estomatognática y siguiendo la línea del área de Periodoncia, en ayudar tanto a los profesionales en odontología como los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo a identificar y combatir precozmente la recesión gingival y sus causas más comunes, generando reflexión y discusión sobre el conocimiento que se tiene acerca del tema, y sirviéndole como antecedente y marco referencial al momento de enfrentarse a la problemática de la recesión gingival.

Bajo este contexto, conviene señalar que existen múltiples estudios a nivel mundial que precisan la prevalencia de las recesiones gingivales y sus factores etiológicos. García y colaboradores en año 2008, estudiaron la prevalencia de las recesiones gingivales según la clasificación de Miller en 120 pacientes que asistieron a la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú; se evaluaron los métodos de higiene y la presencia de frenillos aberrantes, 85% de la muestra presentó algún grado de recesión de acuerdo a la clasificación de Miller. Los frenillos aberrantes se encontraron en 28 % de los casos, pero no se encontró relación con un aumento de recesión gingival⁶.

En 2010, Sarfati y colaboradores evaluaron factores sistémicos, ambientales y la condición periodontal en una población adulta francesa, con el fin de identificar factores de riesgo de recesiones gingivales. Se evaluaron las siguientes variables: edad, sexo, índice de biopelícula dental, índice de sangrado, consumo de tabaco, índice de masa corporal, número de dientes perdidos, niveles de glucosa, última visita al odontólogo. Los resultados arrojaron que 84,6% de la muestra tenían al menos una recesión gingival. En cuanto a los factores de riesgo los investigadores concluyeron que la diabetes, el aumento de la masa corporal, el consumo de alcohol y las visitas al odontólogo no están asociados con las recesiones gingivales mientras que la edad, el sexo, el consumo de tabaco, el índice de biopelícula dental y de sangrado si están asociados directamente con el extensión y severidad de las recesiones. La falta de unidades dentarias estuvo relacionada sólo con la severidad de las recesiones⁷.

Por lo antes expuesto, el propósito de esta investigación fue determinar la prevalencia de las recesiones gingivales según Miller en los pacientes que asistieron a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el segundo trimestre del año 2012.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se enmarca en un paradigma cuantitativo, siguiendo un tipo de investigación descriptiva, no experimental y de corte transversal. La población estuvo representada por la totalidad de los pacientes entre 18 y 60 años que asistieron a la Unidad de Diagnóstico Integral (UDI) de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el segundo trimestre del año 2012 (N=400). La muestra estuvo constituida por 120 pacientes, quienes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: adultos mayores de 18 años y menores de 60 años, de ambos sexos, fumadores y no fumadores, que presenten o no enfermedad periodontal, tratamiento de

ortodoncia, dehiscencia ósea e inserción alta de frenillo. Utilizando la técnica de observación directa⁸, se empleó una guía de observación como instrumento de recolección de los datos mencionados anteriormente, la cual fue validada por expertos.

Bajo consentimiento informado, se llevó a cabo un examen clínico mediante el uso de espejos bucales y sondas periodontales, bajo luz artificial, donde se evaluó en primera instancia la presencia o ausencia de recesión gingival y se determinó el porcentaje de personas afectadas por esta condición. En las unidades dentarias afectadas se realizó el periodontodiagrama, determinando el tipo de recesión gingival presente de acuerdo a la clasificación de Miller⁹, su ubicación y realizando la respectiva distribución porcentual.

De igual manera, se evaluó el porcentaje de personas afectadas según los factores de riesgo (edad, sexo, tabaquismo) y según la presencia o ausencia de factores etiológicos asociados (inflamación, inserción alta de frenillo, ortodoncia, mal posición dentaria, dehiscencia ósea), el cepillado dental se evaluó estableciendo la frecuencia diaria, y la forma de aplicación de la técnica (horizontal, vertical o mixta); estableciendo la frecuencia de estos factores en la muestra de estudio.

Luego de la recolección de los datos, se realizó el procesamiento de los mediante el programa Excel, realizando los cálculos propios de la estadística descriptiva; a fin de presentar la información y resultados en tablas y gráficos, de acuerdo a los objetivos planteados.

RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos, se observó mayor prevalencia de pacientes que presentaban recesión gingival con 61% (n=73), con respecto a aquellos pacientes que no presentaron: 39% (n=47) de la muestra, (**ver Tabla N°I**). El total de unidades dentarias afectadas por recesión gingival fue de 176, las cuales se distribuyeron de acuerdo a la clasificación de Miller, observándose una mayor prevalencia de recesión gingival clase I representada por un 48% (n=85), seguido por la recesión clase II con un 39% (n=68), las recesiones clase III constituyeron un 13% (n=22), mientras que las clase IV sólo representaron el 1% (n=1), del total de la muestra (**ver Tabla N°II**).

Los premolares constituyeron el tipo de unidad dentaria más afectada por recesión gingival con 36% (n=64), seguidamente se encontró el grupo molar con 31% (n=54), el grupo incisivo representó el 19% (n=33) y finalmente el grupo canino constituyó un 14% (n=25) del total de la muestra (**ver Tabla N°III**).

En relación a los grupos etarios, se tiene que el grupo I de 18 a 39 años tuvo una mayor prevalencia de recesión gingival con 66% (n=48), mientras que el grupo II de 40 a 60 años un 34% (n=25) del total de la muestra, lo que se traduce en que la mayoría de personas afectadas por recesión gingival estuvieron dentro del grupo etario más joven (**ver Tabla N° IV**). Con respecto al sexo, los pacientes que presentaron recesión gingival fueron en su mayoría de sexo femenino con 67% (n=49), seguidos por el sexo masculino en 33% (n=24) del total de la muestra (**ver Tabla N° V**).

De igual manera, de la muestra se obtuvo un mayor porcentaje de pacientes no fumadores 59% (n=43), con respecto a aquellos que si presentaron dicho hábito, los cuales constituyeron el 41% (n=30).

Por otra parte, referente a los factores etiológicos se observó la mayor prevalencia de recesiones gingivales en aquellos pacientes que presentaban inflamación con 67% (n=49); seguidamente se encuentran los pacientes con mal posición dentaria con 40% (n=29); 18% (n=13) de los pacientes que presentaban ortodoncia padecían de recesiones gingivales y tan sólo el 11% (n=8) de pacientes con recesión gingival presentaron inserción alta del frenillo (**ver Tabla Nº VI**).

En cuanto técnica de los

Recesión Gingival	Número de Pacientes	
	N	%
Presente	73	61%
Ausente	47	39%
Total	120	100%

a la cepillado resultados

demuestran una prevalencia del tipo horizontal con 64% (n=47), seguida por la técnica mixta en 26% (n=19), mientras que la vertical obtuvo 10% (n=7). Por otra parte, la mayoría de los pacientes de la muestra manifestaron realizarla dos veces al día en un 48%, seguidamente se encuentran los que la realizan una vez al día con 32%, 19% la realiza tres veces al día y sólo el 1% la realiza cuatro veces durante el día.

Tabla Nº I. Porcentaje de pacientes que presentan recesión gingival.

Tabla Nº II. Tipo de recesión gingival presente por unidad dentaria de acuerdo a la clasificación de Miller.

Clasificación de Miller	Nº de Recesiones Presentes	
	Nº	%
Clase I	85	48%
Clase II	68	39%
Clase III	22	13%
Clase IV	1	1%
Total	176	100%

Tabla Nº III. Prevalencia de las recesiones gingivales de acuerdo al tipo de unidad dentaria afectada

Unidad Dentaria	Nº de Recesiones Presentes	
	N	%
Incisivos	33	19%
Caninos	25	14%
Premolares	64	36%
Molares	54	31%
Total	176	100%

Tabla Nº IV. Prevalencia de las recesiones gingivales según edad.

Edad	Pacientes con recesión gingival	
	N	%
Grupo I (18 a 39 años)	48	66%
Grupo II (40 a 60 años)	25	34%
Total	73	100%

Tabla Nº

V.

Prevalencia
recesiones
según sexo.

Sexo	Pacientes con recesión gingival	
	N	%
Masculino	24	33%
Femenino	49	67%
Total	73	100%

de las
gingivales

Tabla Nº

	Presente		Ausente		Total	
	N	%	n	%	n	%
Inflamación	49	67%	24	33%	73	100%
Inserción alta del frenillo	8	11%	65	89%	73	100%
Ortodoncia	13	18%	60	82%	73	100%
Mal posición dentaria	29	40%	44	60%	73	100%
Dehiscencia Ósea	0	0%	73	100%	73	100%

VI.

Prevalencia de las recesiones gingivales según factores etiológicos asociados.

DISCUSIÓN

Es importante analizar los resultados obtenidos a la luz de los planteamientos teóricos que sirvieran de fundamento para el desarrollo de la presente investigación, de ahí que en relación a la prevalencia de la recesión gingival el resultado fue de 61% del total de la muestra estudiada, un resultado menor al obtenido por García y colaboradores en 2008⁶, quienes contaron con el mismo número de pacientes evaluados en la muestra, obteniendo una prevalencia de recesión gingival de 85%.

De acuerdo a la clasificación de Miller, la mayoría de los pacientes presentaron recesión clase I, seguida en orden descendente por las recesiones clase II, III y IV, lo cual fue similar a los resultados obtenidos en la investigación de García y colaboradores en 2008⁶.

La mayoría de las recesiones gingivales presentes según el tipo de unidad dentaria se ubicaron en los premolares, seguidamente se encontró el grupo molar, el grupo incisivo y finalmente el grupo canino, resultados semejantes a los obtenidos por Maetahara en 2006¹⁰, quien como en este estudio, observó que los premolares tuvieron la mayor prevalencia de recesión gingival mientras que la menor prevalencia estuvo representada por los caninos.

De igual manera, respecto a los factores de riesgo como la edad, se obtuvo que el grupo etario de 18 a 40 años tuvo una mayor presencia de recesión gingival, lo que se traduce en que la mayoría de personas afectadas estuvieron dentro del grupo etario más joven, resultado que difiere de estudios previos como el de Ardila en 2009¹¹, donde se afirma que la recesión gingival aumenta con la edad.

En relación al factor de riesgo sexo, los pacientes que presentaron recesión gingival fueron en su mayoría de sexo femenino, lo cual contrasta con lo expresado en el estudio de Maetahara en 2006¹⁰, donde se evidenció una mayor prevalencia en el sexo masculino; de igual manera este

autor concluyó, que la presencia de recesión gingival estaba relacionada significativamente con el hábito tabáquico ¹⁰, lo cual no coincide con los resultados del presente estudio, ya que la mayoría de la muestra no fumaba.

Así mismo, existen investigaciones que relacionan la presencia de recesión gingival con respecto a diferentes factores etiológicos, como por ejemplo la inflamación, que en el presente estudio tuvo una alta prevalencia, confirmándose así la correlación que existe entre ambas variables, lo cual apoya lo expresado por el estudio de Bracho y colaboradores en 2008 ¹², donde se señala que la alta prevalencia de recesiones gingivales está relacionada a la insuficiente práctica de medidas preventivas adecuadas y tratamiento periodontal oportuno, siendo ello un agente causal de la inflamación gingival.

No se encontró relación entre la presencia de inserción alta de frenillo y una mayor incidencia de recesión gingival, apoyando así a lo señalado por García y colaboradores en 2008 ⁶.

Por otra parte, de los pacientes que presentaron recesión gingival, 18% estaban bajo tratamiento ortodóncico, resultados estadísticamente inferiores en comparación con los mostrados por Levin y colaboradores en 2008 ¹³, donde la recesión gingival vestibular fue significativamente mayor en los pacientes tratados ortodónticamente en comparación con los no tratados.

En relación a la malposición dentaria, esta se encontró en el 40% de los pacientes, lo que hace tornarla en un factor considerable al momento de asociarla con el origen de la recesión gingival; al respecto Loigge en 2010¹⁴ afirma que la posición del diente en la arcada puede asociarse a la recesión gingival y cuando éste erupciona por vestibular cerca de la línea mucogingival puede observarse una zona mínima o nula de encía; una encía delgada es un factor de riesgo para la aparición de una recesión gingival y su progresión.

Es importante señalar, que de la muestra evaluada ningún paciente presentó dehiscencia ósea y que respecto a la técnica de cepillado se evidenció que la mayoría de la muestra aplicaban una técnica de cepillado de tipo horizontal, realizándola en su mayoría dos veces al día, lo cual coincide con lo expuesto en el estudio de Bueno en 2005 ¹⁵ donde expresa que la presencia de recesión gingival se relaciona con una técnica de cepillado incorrecta y con la frecuencia del cepillado diario, así como también que la acción de estos factores a lo largo de los años es determinante en la aparición de recesión gingival.

Finalmente, es importante señalar basado en lo antes expuesto, que el odontólogo debe evaluar de manera exhaustiva al paciente, identificando los agentes etiológicos y factores de riesgos que presenta, con el propósito de determinar el origen de recesiones gingivales, para de esta manera establecer tratamientos oportunos que ayuden a controlar su aparición, progresión y de esta manera evitar todas las complicaciones locales y generales que podría ocasionar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Newman M., Takei H., Klokkevold P., Carranza P.: Periodontología Clínica. 10ma edición. México, Mc Graw-Hill. 2010.
- 2.- Sanz M., Calzavara D.: Alteraciones del margen gingival. Diagnóstico y tratamiento de las recesiones gingivales localizadas. En: Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración: Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. Madrid, Médica Panamericana. 2005.
- 3.- Cangini F., Cornolini R., Andreana S.: Simultaneous treatment of multiple, bilateral, deep buccal recession defects with bioabsorbable barrier membranes: A case report. Quintessence Int. (2003); 34: 15-8.

- 4.- Sánchez E., Machado C. Caries radicular en el adulto maduro. Obtenible en: <http://www.encolombia.com/menovol6200-caries.htm>. (Consulta: 28 de Mayo de 2012).
- 5.- Sotres J., García E., Blanco A., Rodríguez L., Medina A. Retracción gingival e hiperestesia dentinal: Causas y prevención. 2004, obtenible en Rev Cubana Estomatol: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_2_04/est08204.htm. (Consulta: 14 de Mayo de 2012).
- 6.- García S., Morales E., Bravo F. Incidencia de recesiones gingivales en la clínica odontológica de la UNMSM. 2008, obtenible en Actualidad Odontológica y Salud: <http://www.actualidadodontologica.com/0908/articulo3.shtml>. (Consulta: 24 de Abril de 2012).
- 7.- Sarfati A., Bourgeois D., Katsahian S., Mora F., Bouchard P.: Risk assessment for buccal gingival recession defects in an adult population. J Periodontol. (2010); 81 (10): 1419-1425.
- 8.- Fernández A.: Investigación y técnicas de mercado. Madrid, ESIC. 2004.
- 9.- Miller P.D.: A classification of marginal tissue recession. Int J Periodontics Rest Dent. (1985); 5: 8-13.
- 10.- Maetahara D. Prevalencia, extensión y severidad de recesiones gingivales en pacientes del hospital central de la fuerza aérea del Perú. [Tesis en línea]. Obtenible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/maetahara_rd.pdf. (Consulta: 12 de Abril de 2012).
- 11.- Ardila C. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. 2009, obtenible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852009000100005&script=sci_arttext. (Consulta: 28 de Mayo de 2012).
- 12.- Bracho R, Hernández N, Montoya C. Recesión gingival visible: Su prevalencia en adolescentes Wayúú. 2008. Obtenible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/artPdfRed.jsp?iCve=205216675003#>. (Consulta: 12 de Abril de 2012).
- 13.- Levin L., Samorodnitzky-Naveh G., Machtei E.: The association of orthodontic treatment and fixed retainers with gingival health. J Periodontol. (2008); 79 (11): 2087-2092
- 14.- Loigge G. Recesiones gingivales y tratamiento de ortodoncia: [monografía en línea]. Obtenible en: http://www.ortodoncia.org.ar/archivos/0153-LOIGGE_MONOGRAFIA.pdf. (Consulta: 12 de Mayo de 2012).
- 15.- Bueno L. Efectos lesivos del control mecánico de la biopelícula dental microbiana. 2005, obtenible en Periodoncia, Osteointegración e Implantes: http://www.periodonciauruguay.com/includes/pdf/efectos_lesivos_del_control_de_biopelícula_dental_microbiana.pdf. (Consulta: 20 de Mayo de 2012).