

**PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES FRENTE A LAS RECESIONES GINGIVALES
Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO**

**Marianelly del Pilar Salas Mora.
Andrea Carolina Velásquez Torres.**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROGRAMA DE PERIODONCIA Y MEDICINA ORAL- FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA
BOGOTA DC.- FEBRERO 2019**

HOJA DE IDENTIFICACION

Universidad	El Bosque
Facultad	Odontología
Programa	Periodoncia y Medicina oral
Título:	Percepción de los pacientes frente a las recesiones gingivales y necesidades de tratamiento.
Grupo de Investigación:	UNIECLO Unidad de Investigación Básica Oral
Línea de Investigación	Cirugía Mucogingival
Tipo de investigación:	Posgrado/GRUPO
Residentes:	Marianelly del Pilar Salas Andrea Carolina Velásquez
Asesor metodológico:	Dra. Silie Arboleda
Director de tesis:	Dra. Gloria Inés Lafaurie

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

HERNANDO MATIZ CAMACHO	Presidente del Claustro
JUAN CARLOS LOPEZ TRUJILLO	Presidente Consejo Directivo
MARIA CLARA RANGEL G.	Rector(a)
RITA CECILIA PLATA DE SILVA	Vicerrector(a) Académico
FRANCISCO FALLA	Vicerrector Administrativo
MIGUEL OTERO CADENA	Vicerrectoría de Investigaciones.
LUIS ARTURO RODRÍGUEZ	Secretario General
JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS	División Postgrados
MARIA ROSA BUENAHORA	Decana Facultad de Odontología
MARTHA LILILIANA GOMEZ RANGEL	Secretaria Académica
DIANA ESCOBAR	Directora Área Bioclínica
MARIA CLARA GONZÁLEZ	Director Área comunitaria
FRANCISCO PEREIRA	Coordinador Área Psicosocial
INGRID ISABEL MORA DIAZ	Coordinador de Investigaciones Facultad de Odontología
IVAN ARMANDO SANTACRUZ CHAVES	Coordinador Postgrados Facultad de Odontología
MIGUEL FERNANDO VARGAS DEL CAMPO	Director Programa de Periodoncia y Medicina Oral
MARIA ALEJANDRA SABOGAL	Coordinadora de Programa de Periodoncia y Medicina Oral

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

RESUMEN

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES FRENTE A LAS RECESIONES GINGIVALES Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO.

Antecedentes: La recesión gingival se define como el desplazamiento apical del margen gingival (RGs), con consecuente exposición de la superficie radicular. Constituye un problema frecuente en la práctica clínica, estudios de corte transversal reportan que más del 50% de la población tiene uno o más sitios con RG de 1 mm o más. La etiología es multifactorial y está relacionada con factores anatómicos, fisiológicos y patológicos. Las principales indicaciones para el tratamiento quirúrgico de recesiones gingivales (RGs) lo constituyen problemas estéticos, control de la hipersensibilidad y formar o aumentar tejido queratinizado. Un aspecto importante que no se ha tenido en cuenta es la percepción del paciente acerca de sus RGs y si constituyen un problema o no para ellos. Un interesante estudio, evaluó la percepción de recesiones en 120 pacientes, indicando que la percepción de los defectos vestibulares debe ser tomada en cuenta durante la toma de decisiones en la práctica clínica, debido a que solo un pequeño porcentaje de RGs fueron percibidas por los pacientes y la mayoría de ellas fueron asintomáticas, sin ningún problema estético o funcional concomitante. Lo que llevaría a la necesidad de evaluar la percepción sobre las RGs y las necesidades de tratamiento desde el punto de vista del paciente. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue evaluar la percepción de los pacientes frente a RGs vestibulares existentes, y verificar las solicitudes de los pacientes para el tratamiento de las RGs y sintomáticas. **Materiales y métodos:** Se realizó un cuestionario y un examen clínico periodontal en pacientes que asistieron a la clínica de Periodoncia y Medicina Oral y que cumplieron los criterios de selección. **Resultados:** Se evaluaron 2.153 dientes; entre los cuales un 46% presentaron RGs y 54% no presentaron. De las RGs presentes 71% no fueron percibidas y 29% si, por razones como: estética (58%), asintomáticas (21%), hipersensibilidad (5%), o combinadas (16%). **Conclusiones:** La prevalencia de los pacientes que percibieron RGs en este estudio fue alta; todos los pacientes presentaron RGs pero no todos los pacientes percibían la mayoría de las mismas. Esta prevalencia se puede asociar a que los pacientes habían recibido tratamiento periodontal quirúrgico y no quirúrgico. Por esta razón la percepción de las RGs vestibulares en la población de este estudio puede estar sobrestimada. **Palabras claves:** recesión gingival, percepción, tratamiento, estética.

ABSTRACT

PATIENT PERCEPTION REGARDING GINGIVAL RECESSION AND THE NEED FOR TREATMENT. Background: Gingival recession is defined as the apical displacement of the gingival ridge (GR) with the corresponding radicular surface exposition and it is a frequent problem in clinical practice; cross-sectional studies report that more than 50% of the population has one or more areas with GR of 1 mm or greater. The aetiology is multi-factorial and related to anatomical, physiological and pathological factors, with the main indications for treatment being aesthetic problems, hyper-sensitivity control and development or increment of keratinised tissue. An important factor which has not been taken into account is the patient's perception and if it is or not a problem. A study evaluated said situation in 120 patients indicating that the perception of defects has to be considered when making clinical decisions because a very small portion of GRs are perceived – mostly asymptomatic, without an aesthetic or functional problem. **Aim:** to evaluate patient perception regarding existing vestibular GR and verify their requests for treatment and symptomatic. **Materials and methods:** a survey and periodontal clinical examination were applied to patients who complied with selection criteria and attended the periodontal and oral medicine clinic. **Results:** There were 2153 evaluated teeth from which 46% presented GR and 54% did not; 71% of the GRs were not perceived and 29% were by reasons such as aesthetics (58%), asymptomatic (21%), hypersensitivity (5%) or combined (16%). **Conclusions:** There was a high prevalence of GR perception; all patients presented GR but not all perceived most of it. This prevalence may be associated with having had surgical and non-surgical periodontal treatment. For this reason perception of vestibular GR in this study may be overestimated. **Key words:** gingival recession, perception, treatment, aesthetic.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	10
2. Marco Teórico Conceptual	3
3. Planteamiento Del Problema	10
4. Justificación	12
5. Objetivos.....	13
Objetivo general:.....	13
Objetivos específicos del proyecto:	13
6. Metodología Del Proyecto.....	14
Tipo de estudio.....	14
➤ Criterios de inclusión:.....	14
➤ Criterios de exclusión:	14
Muestra:	14
7. Plan De Tabulación Y Análisis	16
8. Consideraciones Éticas	17
9. Resultados	19
10. Discusión	32
11. Conclusiones.....	35
12. Referencias bibliográficas	36

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Resultados descriptivos.....	19
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tratamiento para las RGs.	22
Figura 2. Género y años de educación.	23
Figura 3. Tratamiento para las RGs y género	24
Figura 4. Cepillado diario y RGs	25
Figura 5. Factores asociados y RGs	26
Figura 6. Esquema de RGs.....	27
Figura 7. Grupos de dientes	28
Figura 8. Características de los dientes.	29
Figura 9. Tejido interproximal	30
Figura 10. Biotipo periodontal	31

Introducción

La recesión gingival (RG) se define como el desplazamiento apical del margen gingival, con consecuente exposición de la superficie radicular (Wennstrom, 1994). El diagnóstico de la RG, se realiza mediante el examen clínico periodontal, donde se evalúan características relacionadas al tejido tanto periodontal como dental (Armitage, 2000). A lo largo del tiempo se han descrito diferentes clasificaciones para diagnosticar las RGs, cada una de ellas descritas y mejoradas con el tiempo para obtener así diagnósticos certeros y precisos que conlleven a un tratamiento idóneo.

Las recesiones gingivales (RGs) constituye un problema frecuente en la práctica clínica, estudios de corte transversal reportan que más del 50% de la población tiene uno o más sitios con RG de 1 mm o más (Chrysanthakopoulos, 2014). La etiología es multifactorial y está relacionada con factores anatómicos, como fenestraciones o dehiscencias del hueso alveolar; fisiológicos que incluyen consecuencias por movimientos ortodónticos o mal posición de los dientes en la arcada dental; y patológicos, causados principalmente por traumas directos al tejido como técnicas de cepillado inadecuadas, mal uso de la seda dental o el uso de elementos intraorales como los pircings; (Zucchelli & Mounssif, 2015). Se encuentra a menudo en poblaciones con altos y bajos estándares de higiene oral, cuando se localiza con mayor frecuencia en las superficies bucales y puede estar asociada con defectos de cuña en el área cervical de uno o más dientes (Cairo & Nieri, 2008).

Las principales indicaciones para el tratamiento quirúrgico de RGs lo constituyen problemas estéticos, control de la hipersensibilidad y formar o aumentar tejido queratinizado. La terapia mucogingival se refiere al tratamiento quirúrgico que involucra procedimientos para la corrección de defectos en la morfología, posición y / o cantidad de tejido blando y soporte óseo subyacente alrededor de los dientes e implantes (Zucchelli & Mounssif, 2015).

Las cirugías mucogingivales para cubrimiento de RGs tienen como objetivo final la cobertura completa del defecto de recesión con una apariencia igual o similar con los tejidos blandos adyacentes y una profundidad de sondaje mínima (Cairo & Nieri, 2008).

La literatura internacional ha documentado que las RGs pueden ser exitosamente tratadas usando diversas técnicas quirúrgicas. Sin embargo, después del diagnóstico, la decisión de tratar o no una RG depende del criterio del periodoncista, basado en su conocimiento, experiencia clínica y beneficio económico. El tratamiento de RG bucal es un requisito común debido a la preocupación estética o la sensibilidad de la raíz en pacientes con altos estándares de higiene oral (Nieri *et al.*, 2013).

Zaher *et al.*, [2005] realizaron un estudio transversal con el objetivo de investigar las indicaciones para el tratamiento de RGs; los resultados mostraron que la estética fue la indicación predominante. Sin embargo; un aspecto importante que no se ha tenido en cuenta es la percepción del paciente acerca de sus RGs y en si constituyen un problema o no para ellos (Zaher *et al.*, 2005). La percepción se describe como una sensación personal que puede depender de varios factores generales y locales; las RGs también podrían depender de este tipo de factores, como generales se citan el estatus socio económico, género, edad y estética; y como locales se engloban características dentales en cuanto a sensibilidad, ubicación, tipo de lesiones y requerimientos estéticos (Nieri *et al.*, 2013).

Un interesante estudio, evaluó la percepción de recesiones en 120 pacientes, indicando que la percepción de los defectos vestibulares debe ser tomada en cuenta durante la toma de decisiones en la práctica clínica, debido a que solo un pequeño porcentaje de RGs fueron percibidas por los pacientes (218 de 783; 28%) y la mayoría de ellas fueron asintomáticas, sin ningún problema estético o funcional concomitante (160 de 218; 73%) (Nieri *et al.*, 2013).

Debido a la poca disponibilidad en la literatura sobre la evaluación de la percepción de las RGs, y en esta época de la Medicina Basada en la Evidencia, el individuo directamente afectado se coloca en el centro del proceso de investigación, siendo su opinión, percepción, información, y sensación un punto decisivo para el tratamiento que deben ser tomado en gran consideración por los especialistas (Nieri *et al.*, 2013). Este estudio busca evaluar la percepción de los pacientes frente a las RGs vestibulares y verificar las solicitudes de los pacientes para el tratamiento de las recesiones percibidas y sintomáticas.

2. Marco Teórico Conceptual

La RG se define como el desplazamiento apical del margen gingival, con consecuente exposición de la superficie radicular (Wennstrom, 1994). Constituye un problema frecuente en la práctica clínica, ocasiona problemas estéticos y de hipersensibilidad (Chrysanthakopoulos, 2014). Encontrándose en personas con altos y bajos estándares de higiene oral (Kassab & Cohen, 2003; Zucchelli & Mounssif, 2015).

En tejidos periodontales sanos, la RG se manifiesta como una lesión en forma de cuña, afecta las caras vestibulares de los dientes y se asocia principalmente con cepillado dental inadecuado (Khocht *et al.*, 1993; Zucchelli & Mounssif, 2015). En individuos con pobre higiene oral se presenta en cualquier superficie dental (Zucchelli & Mounssif, 2015).

Estudios epidemiológicos han demostrado que la prevalencia de RGs es de 50% para todas las edades (Chrysanthakopoulos, 2014; Kassab & Cohen, 2003). Kassab *et al.*, [2003], encontraron que el 88% de personas mayores de 65 años y el 50% de personas de 18 a 64 años tienen uno o más sitios con RG (Kassab & Cohen, 2003). La prevalencia y extensión de las RGs se incrementa con la edad (Kassab & Cohen, 2003). Estos hallazgos son soportados por Susin *et al.*, quienes evaluaron la prevalencia de RGs en 1460 sujetos en Brasil, encontrando que el 51.6% y el 22% de los individuos y el 17% y 5.8% de los dientes mostraron RGs ≥ 3 mm y ≥ 5 mm, respectivamente (Susin *et al.*, 2004).

En Colombia el cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) evaluó la prevalencia y severidad de periodontitis en personas de 18 años y más con al menos 2 dientes en boca, siguiendo los Criterios diagnósticos del Grupo de Seguimiento de la Enfermedad Periodontal Academia Americana de Periodoncia (AAP) y Centro para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) -AAP/CDC- (Page & Eke, 2007) con base en pérdida de inserción y profundidad de sondaje.

En el ENSAB IV, el 61.8% de la población evidencia periodontitis en sus diferentes grados de severidad, siendo más frecuente la periodontitis moderada presente en el 43.46% de los sujetos, seguida por 10.62% con periodontitis avanzada y un 7.7% de los sujetos presenta periodontitis leve. (Ministerio, 2014)

La etiología es notablemente amplia e incluye diferentes variables clínicas. Factores anatómicos, patológicos y fisiológicos han sido recientemente descritos por Zucchelli (Zucchelli & Mounssif, 2015).

Los **factores anatómicos** que han sido relacionados con las RGs incluyen fenestración y dehiscencia del hueso alveolar, posición anormal del diente en el arco, erupción ectópica del diente y forma individual del diente (Zucchelli & Mounssif, 2015).

Dentro de los **factores fisiológicos** está incluido el movimiento ortodóntico del diente a una posición fuera del hueso alveolar labial o lingual, permitiendo la formación de una dehiscencia (Zucchelli & Mounssif, 2015).

Los **factores patológicos** comúnmente asociados con RGs son el cepillado dental, lo cual explica la relación entre los bajos niveles de placa encontrados en sitios donde hay recesión. El trauma puede ser causado por un cepillado dental inapropiado o por un número de variables confusoras potenciales como: presión, tiempo, tipo de cerdas y dentífrico. Estas recesiones se caracterizan con la aparición simultánea de lesiones cervicales no cariosas (abrasión). La colocación de piercing intraorales (lengua y región perioral) también se ha asociado con la aparición de RG (Boardman & Smith, 1997). Otros factores patológicos son: trauma directo asociado con maloclusión tipo II, placa bacteriana, virus del herpes simple, restauraciones y técnicas inadecuadas de uso de seda dental (Zucchelli & Mounssif, 2015).

Edad avanzada, género masculino, tabaquismo y alto porcentaje de cálculos también han sido significativamente asociados con la presencia de RGs (Rios *et al.*, 2014; Susin *et al.*, 2004).

El diagnóstico de la RG, se realiza mediante el examen clínico periodontal. Tomando como referencia la medida en milímetros desde la Unión amelo cementaria (UAC) hasta el margen gingival. Según la clasificación de la AAP en 1999, el diagnóstico se incluye en la categoría de deformidades mucogingivales y condiciones alrededor del diente (Armitage, 2000).

A lo largo del tiempo se han descrito diferentes clasificaciones para diagnosticar las RGs: Sullivan y Atkins en 1968, Mlinek, Smukler y Buchner en 1973, Miller en 1985, Smith en 1997 y Cairo *et al.* en 2011, con el fin de facilitar el diagnóstico de esta condición y establecer el pronóstico del tratamiento (Cairo *et al.*, 2011; Miller, 1985; Mlinek *et al.*, 1973; Smith, 1997; Sullivan & Atkins, 1968).

Sullivan y Atkins en 1968 (Sullivan & Atkins, 1968), clasificaron las RGs en cuatro categorías morfológicas basándose en el ancho y la altura de la recesión:

- superficial – estrecha
- superficial – ancha
- profunda – estrecha
- profunda – ancha.

Posteriormente, Mlinek, Smukler y Buchner en 1973 (Mlinek *et al.*, 1973), clasificaron las RGs en la parte más coronal en sentido horizontal así:

- amplia \geq a 3mm
- estrecha < a 3mm.

En 1985, Miller (Miller, 1985) propuso un nuevo sistema de clasificación, donde tomó como variable crítica la altura del tejido interproximal, siendo éste el factor determinante en la predictibilidad y el éxito del tratamiento quirúrgico de cubrimiento radicular. Clasificó clínicamente las RGs en cuatro clases:

- Clase I: la recesión no llega a la línea mucogingival (LMG) y no hay pérdida interproximal de tejidos duros ni blandos. Se puede lograr un 100% de cubrimiento radicular.
- Clase II: la recesión llega o sobrepasa la LMG sin pérdida interproximal de tejidos duros ni blandos. Se puede lograr un 100% de cubrimiento radicular.
- Clase III: la recesión llega o sobrepasa la LMG, con pérdida interproximal de soporte, apical a la LMG pero coronal al límite inferior de la misma. Se espera un cubrimiento parcial.
- Clase IV: la recesión llega o sobrepasa la LMG, con pérdida interproximal de soporte, que se extiende hasta el nivel más apical de la misma. Está contraindicado el tratamiento quirúrgico.

El objetivo principal de esta clasificación fue diagnosticar la recesión, evaluar la severidad y pronosticar el éxito terapéutico (Miller, 1985).

La clasificación de Miller, es actualmente la más empleada, sin embargo presenta varias limitaciones descritas por PiniPrato en 2011 (Pini-Prato, 2011). En cuanto a la evaluación de las características que todo sistema de clasificación debe tener, PiniPrato describe:

-Utilidad: la clasificación de Miller ha demostrado ser útil y funcional, ha sido aplicada por la comunidad periodontal principalmente para distinguir las recesiones relacionadas con cepillado traumático (Clases I y II) y de las causadas por enfermedad periodontal (Clases III y IV).

- Exhaustividad: PiniPrato considera que la clasificación no es exhaustiva, debido a que no tiene en cuenta todos los casos de recesión. Por ejemplo, una recesión del tejido marginal con pérdida ósea interproximal que no se extiende a la LMG, no se encuentra clasificada. De hecho, esta recesión no puede ser incluida en la clase I porque presenta pérdida de tejido interproximal y no puede clasificarse en la clase III porque la RG no se extiende a la LMG.
- Disyunción: la diferencia entre las Clases III y IV se basa en la posición del margen gingival de los dos dientes adyacentes. Según Miller "La sonda se coloca horizontalmente sobre una línea imaginaria que conecta el nivel de los tejidos en el tercio medio facial de los dos dientes a cada lado del diente o dientes que exhiben recesión". Las clases III y IV se pueden identificar si hay dientes adyacentes, pero en caso de un diente adyacente ausente no hay punto de referencia y es imposible incluir este caso en la clase III o IV.
- Simplicidad: por definición, una clasificación clínica debe ser simple para su aplicación práctica. PiniPrato considera que la clasificación de Miller no posee simplicidad, debido a la cantidad de factores que intervienen, como: LMG, tejidos interproximales blandos y duros, márgenes gingivales de los dientes adyacentes, mal posición dental y pérdida dental. Una evaluación simultánea de todos ellos es difícil y genera confusión.

Smith [1997], introduce una clasificación por medio del índice de RG con el objetivo de asignar un valor descriptivo, así como la gravedad que denota. Se representa por la letra F, refiriéndose a la superficie vestibular, y la letra L para la superficie lingual, seguido de dos dígitos separados por un guion. Además si un asterisco está presente, denota el compromiso de la LMG. Los dígitos describen el compromiso horizontal y vertical de la recesión. En sentido horizontal se expresa en un rango 0-5 en función de la proporción de la UAC expuesta tanto en vestibular como en lingual de los dientes y en sentido vertical la recesión se mide en milímetros en un rango de 0-9 (Smith, 1997).

Cairo *et al.*, [2011], recientemente introducen un sistema de clasificación de RGs usando el nivel de inserción clínico interproximal como criterio de identificación. Exploran el valor

predictivo del sistema de clasificación en el cubrimiento radicular completo postquirúrgico. Tres tipos de recesión fueron identificados:

- Recesión tipo 1: incluye RG sin pérdida de inserción interproximal
- Recesión tipo 2: comprende RG con pérdida de inserción interproximal menor o igual al sitio bucal
- Recesión tipo 3: pérdida de inserción interproximal mayor al sitio bucal.

Es común que muchos pacientes presenten RG sin tener ningún conocimiento de esta condición. La percepción es una sensación personal que puede depender de diversos factores generales y locales (Nieri *et al.*, 2013). Nieri *et al.*, [2013], realizaron un estudio con 120 pacientes con el fin de identificar la percepción y las necesidades de tratamiento de RGs encontrando que: 96 pacientes presentaron 783 recesiones, de las cuales 565 no fueron percibidas por los pacientes y 218 recesiones si lo fueron (28%). De las recesiones percibidas 160 fueron asintomáticas, 36 presentaban hipersensibilidad dental, 13 se relacionaban con problemas estéticos y 9 mostraron problemas combinados de estética con hipersensibilidad. Sólo 11 pacientes solicitaron tratamiento por 57 recesiones, demostrando que la prevalencia de RG es alta y que la preocupación de los pacientes por esta condición es baja (Nieri *et al.*, 2013).

Después de la fase diagnóstica, la decisión de tratar o no una RG es un criterio del periodoncista, basado en sus conocimientos, experiencia clínica y beneficio económico (Cortellini & Pini Prato, 2012). Sin embargo, el clínico debería tener en cuenta la opinión del paciente con respecto a sus expectativas, para la toma de decisiones en la práctica clínica.

Zaher *et al.*, [2005], realizaron un estudio de corte transversal a 3.780 odontólogos radicados en Suiza, con el objetivo de investigar las principales indicaciones para el tratamiento de RGs. Empleando una encuesta evaluaron la percepción, los conocimientos y las preferencias de los odontólogos. Los resultados mostraron que la estética fue la indicación predominante para el tratamiento de cubrimiento radicular: más del 90% de los odontólogos consideran la estética como una indicación, situándola en primer lugar entre todas las razones posibles para intervención, lo cual hace que la estética constituya un aspecto importante que debe ser evaluada científicamente (Zaher *et al.*, 2005).

La estética es un concepto individual y subjetivo (Musskopf *et al.*, 2013). Cada persona tiene una manera particular para autoevaluar su apariencia y la belleza de otras personas; constituye

la principal queja en el consultorio odontológico, usualmente los pacientes evalúan los resultados del tratamiento basados en los cambios positivos en su sonrisa (Isiksal *et al.*, 2006). Una posible razón para que los pacientes busquen un mejor aspecto es que la apariencia puede influenciar de manera relevante en aspectos como la personalidad, el atractivo físico, el éxito profesional, la inteligencia y la felicidad (Musskopf *et al.*, 2013). La sociedad moderna le otorga gran importancia al atractivo físico y es bien conocido que la sonrisa juega un rol importante en la apariencia estética y en la autoestima (Rotundo *et al.*, 2008), tanto así es posible observar que hoy en día existen patrones estandarizados de belleza, donde la sonrisa constituye un importante factor.

Los criterios por los que la estética son determinados como aceptables o no, varían entre las sociedades y culturas, y esto ha sido sujeto de cambio a través de la historia (Goldstein, 1969). En la presente era, los parámetros estéticos no solo de la cara y del cuerpo sino también los de la sonrisa se han convertido en tópicos importantes. La estética de la sonrisa ha sido ampliamente estudiada, un rostro atractivo depende de una serie de características dentro de las cuales los ojos y la sonrisa están dentro de las más importantes. Beall afirma que individuos con dientes atractivos y sonrisa armoniosa son considerados más atractivos, inteligentes y populares que aquellos que no poseen estos atributos (Beall, 2007).

Generalmente para los pacientes, dentro del concepto de la estética y sonrisa, poco identifican el componente gingival dentro del cual se evalúan factores como altura de los cenit, color de la encía, pigmentaciones presentes, posición de la papila, festoneado gingival RGs entre otros factores (Batra *et al.*, 2018).

El factor pronóstico más importante para el cubrimiento radicular quirúrgico es la altura del tejido interproximal (Cairo *et al.*, 2011; Chambrone & Tatakis, 2015; Miller, 1985).

El tratamiento de las RGs es predecible, diversas técnicas quirúrgicas han sido descritas para el cubrimiento radicular (Chambrone & Tatakis, 2015), datos de ensayos clínicos sugieren que RGs Clase I y II de Miller pueden permitir un cubrimiento radicular promedio de 80.9% (50% a 97.3%) y un cubrimiento radicular completo de 46.6% (7.7% a 91.6%) en estudios de más de 6 meses de seguimiento (Chambrone & Tatakis, 2015).

Todos los procedimientos de cubrimiento radicular pueden proporcionar una reducción significativa en la profundidad de la recesión y ganancia en los niveles de inserción clínica para RGs Clase I y II de Miller (Chambrone & Tatakis, 2015). La técnica bilaminar es

considerada el estándar de oro, debido a que el uso complementario de injerto de tejido conectivo incrementa la probabilidad de lograr un cubrimiento radicular completo, respecto al uso de una técnica sin injerto de tejido conectivo, sobretodo en estudios con seguimiento a largo plazo (Chambrone *et al.*, 2008; Zucchelli & Mounssif, 2015).

3. Planteamiento Del Problema

La recesión gingival (RG) se define como el desplazamiento apical del margen gingival respecto a la unión amelo-cementaria (UAC) (Wennstrom, 1994), siendo predominante en las caras vestibulares (Zucchelli & Mounssif, 2015). Generalmente compromete la estética y ocasiona hipersensibilidad dental (Zucchelli & Mounssif, 2015). Es una condición común y frecuente en la consulta odontológica, se ha estimado que más del 60% de la población tiene RG como resultado del efecto final de la interacción de múltiples factores etiológicos (Dominiak & Gedrange, 2014).

Es común que muchos pacientes presenten RGs sin tener ningún conocimiento de esta condición, Nieri *et al.*, [2013], realizaron un estudio con 120 pacientes con el fin de identificar la percepción y las necesidades de tratamiento de RGs vestibulares. 565 no fueron percibidas por los pacientes y 218 recesiones si lo fueron (28%). De las recesiones percibidas 160 fueron asintomáticas, y sólo 11 pacientes solicitaron tratamiento por 57 recesiones, demostrando que la prevalencia de RG es alta y que la preocupación de los pacientes por esta condición es baja (Nieri *et al.*, 2013), situación que requiere y permite realizar investigaciones para analizar la percepción de los pacientes frente a las RGs en nuestro país.

Después del diagnóstico, la decisión de tratar o no una RG es un criterio del periodoncista, basado en sus conocimientos, experiencia clínica y beneficio económico (Cortellini & Pini Prato, 2012). Sin embargo, el clínico debería tener en cuenta la opinión del paciente con respecto a sus expectativas, para la toma de decisiones en la práctica clínica.

Zaher *et al.*, [2005], realizaron un estudio de corte transversal a 3.780 odontólogos en Suiza, cuyo objetivo era investigar las principales indicaciones para el tratamiento de RGs, empleando una encuesta evaluaron la percepción, los conocimientos y las preferencias de los odontólogos. Los resultados obtenidos mostraron que la estética fue la indicación predominante para el tratamiento de cubrimiento radicular (Zaher *et al.*, 2005).

La estética constituye a menudo la queja principal en el consultorio odontológico, usualmente los pacientes evalúan los resultados del tratamiento basados en los cambios positivos en su sonrisa (Isiksal *et al.*, 2006). Una posible razón para que los pacientes busquen un mejor aspecto es que la apariencia puede influenciar de manera relevante en aspectos como la personalidad, el atractivo físico, el éxito profesional, la inteligencia y la felicidad (Musskopf *et al.*, 2013). La sociedad moderna le otorga gran importancia al atractivo físico y es bien

conocido que la sonrisa juega un rol importante en la apariencia estética y en la autoestima (Rotundo *et al.*, 2008), tanto así que es posible observar que hoy en día existen patrones estandarizados de belleza con respecto a la estética facial, donde la sonrisa constituye un papel importante.

4. Justificación

En la actualidad, pocos estudios han investigado la percepción de los pacientes respecto a la presencia de RG. Nieri *et al.*, [2013], realizaron un estudio para determinar la percepción de los pacientes frente a las RGs vestibulares y verificar las necesidades de tratamiento. Encontrando que la percepción de los pacientes frente a las recesiones constituye un tópico importante que debería ser tenido en cuenta en la toma de decisiones en la práctica clínica (Nieri *et al.*, 2013).

La estética es un concepto individual y subjetivo (Musskopf *et al.*, 2013). Cada persona tiene una manera particular para autoevaluar su apariencia y la belleza de otras personas (Musskopf *et al.*, 2013). Se considera importante tener una comprensión más amplia de la percepción y sensaciones de los pacientes frente a sus RG, ya que los profesionales tienden a percibir la estética de una manera diferente. Adicionalmente, en la era de la Medicina Basada en Evidencia (MBE), donde el paciente es colocado en el centro del proceso médico, su opinión constituye un tópico importante dentro de la toma de decisiones en la práctica clínica, que debería ser tomada en cuenta para el tratamiento de RGs, debido a que los profesionales podrían estar ofreciendo procedimientos que pueden ser percibidos como innecesarios por los pacientes (Nieri *et al.*, 2013).

El planteamiento inicial de la MBE como una novedosa herramienta para sustentar las decisiones clínicas en cada paciente no desconoce la experiencia del clínico; por lo tanto, el análisis juicioso de los resultados de los estudios junto con la experiencia del profesional y la opinión del paciente sería lo ideal para una práctica clínica idónea (Sackett *et al.*, 1996).

5. Objetivos

Objetivo general:

Evaluar la percepción de los pacientes frente a RGs vestibulares existentes, y verificar las solicitudes de los pacientes para el tratamiento de las recesiones percibidas y sintomáticas.

Objetivos específicos del proyecto:

- Determinar la prevalencia de la percepción de RGs gingivales en este grupo de pacientes mediante una encuesta y un examen clínico
- Verificar las necesidades de tratamiento del paciente respecto a las RGs
- Determinar la prevalencia de RGs vestibulares en esta muestra de pacientes
- Determinar posibles indicadores de riesgo asociados con el desarrollo de RGs vestibulares

6. Metodología Del Proyecto

Tipo de estudio: Estudio de corte transversal de tipo descriptivo

Población: Pacientes que asistan a la clínica de Periodoncia y Medicina oral para terapia periodontal y que cumplan con los siguientes criterios de selección:

➤ *Criterios de inclusión:*

- Pacientes \geq 18 años de edad
- Pacientes que hayan recibido tratamiento periodontal quirúrgico y no quirúrgico para el control de la enfermedad periodontal
- Pacientes que acepten participar y firmen el consentimiento informado

➤ *Criterios de exclusión:*

- Pacientes con $<$ de 12 dientes en boca
- Pacientes que previamente hayan recibido tratamiento quirúrgico para el cubrimiento de RGs
- Pacientes con ortodoncia

Muestra: Se utilizó el programa tamaño de muestra 1.1®. Considerando un error α 0.05, una percepción del paciente de RG de 28% (dato tomado del estudio de Nieri *et al.*, 2013) y una distancia a la proporción poblacional del 8%: 122 pacientes son necesarios para el estudio, pero solo 95 lograron completar el estudio.

Métodos y técnicas para la recolección de la información (adjunte los instrumentos para la recolección de la información si aplica, cada uno en archivo diferente).

Métodos: Los métodos establecidos para la recolección de la información están basados en el estudio de Nieri *et al.*, 2013. (Nieri *et al.*, 2013) Consisten en la realización de un cuestionario y un examen clínico periodontal en cavidad oral. Se han descrito 3 fases para llevar a cabo la metodología del proyecto y todas las mediciones serán realizadas por un solo operador quien tendrá calibración intra-examinador.

Fase I: En esta fase un examinador entregará un cuestionario al paciente quien lo deberá responder en la sala de espera. Se recolectarán las siguientes variables demográficas (edad,

género, estado civil, años de educación e ingresos) y hábitos como: tabaquismo y cepillado dental. Se evaluará la percepción de RGs vestibulares existentes. La RG se define como la presencia de tener un diente más largo con respecto a los dientes de al lado.

Fase II: En la fase II, el examinador revisará y discutirá el cuestionario con el paciente sentado en la unidad odontológica. Si en la fase I el paciente reportó en el cuestionario la presencia de RG, el examinador le entregará un espejo dental y le preguntará el sitio donde percibió la recesión.

El examinador evaluará si la RG percibida, se encuentra asociada con problemas estéticos o hipersensibilidad dental. Posteriormente el mismo operador medirá todas las RGs vestibulares presentes. La profundidad de la recesión se medirá desde la UAC hasta el margen gingival en el sitio medio-bucal del diente y se realizará con una sonda Carolina del Norte 15 de marca Vitalcom.

En caso de que la UAC no sea identificable, la UAC del diente adyacente se tomará como referencia para estimar la profundidad de la recesión del diente involucrado.

Se registrarán las siguientes variables: presencia o ausencia de pérdida de inserción interproximal, presencia o ausencia de caries cervical, presencia o ausencia de lesiones cervicales no cariosas, presencia o ausencia de UAC identificable, presencia de restauración cervical o corona protésica.

Adicional al estudio de Nieri *et al.*, 2013. En este proyecto se evaluará índice de placa e índice gingival.

- Índice de placa de Silness y Løe (1964) modificado: (Silness & Loe, 1964)
 - 0: ausencia de placa
 - 1: presencia de placa.

- Índice gingival de Løe y Silness (1963) modificado: (Loe & Silness, 1963)
 - 0: ausencia de sangrado
 - 1: presencia de sangrado

Fase III: el mismo examinador le preguntará al paciente si conoce o identifica las posibles causas de la RG y si estaría interesado en recibir tratamiento.

7. Plan De Tabulación Y Análisis

Los datos serán centralizados en una base de datos en el programa Microsoft Excel, para consignar de manera sistematizada la información a analizar procedente del cuestionario y del examen clínico.

Los datos serán dictados y digitados en la base de datos, para disminuir la posibilidad de error se realizarán controles de filtros sobre las variables y se utilizará control por doble digitación.

Se realizará estadística descriptiva consistente en promedios y desviaciones estándar para las variables cuantitativas: edad, margen, profundidad de surco y nivel de inserción. Distribuciones de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas establecidas: género, estado civil, años de educación, ingresos, cepillado dental, tabaquismo, pérdida de inserción inter proximal, caries cervical, lesiones cervicales no cariosas, UAC, restauración cervical, corona protésica, índice de placa e índice gingival.

La estadística inferencial se realizará por medio de un análisis de regresión logística para determinar las variables asociadas con la presencia de RG, considerándose significativo un valor $p \leq 0.05$

Para el análisis estadístico, los datos se importarán en el programa STATA versión 11, con licencia y número de serial 3011057722

8. Consideraciones Éticas

Durante la ejecución del proyecto se tendrán en cuenta las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, establecidas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, contemplando los capítulos I y II para investigación en humanos y el capítulo de bioseguridad a los investigadores.

De acuerdo con los aspectos éticos de la ley en relación con la investigación en seres humanos (Título II, capítulo 1), ésta investigación es clasificada con riesgo mínimo:

“Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución”.

Para dar cumplimiento a los artículos 14 al 16 (Título II, capítulo 1) y a los artículos 23 al 26 (Título II, capítulo 3), se incluirán los pacientes que otorguen su consentimiento informado, luego de que ellos hayan recibido información en forma clara y precisa de las condiciones del estudio. Teniendo en cuenta que la participación es voluntaria, los individuos podrán retirarse del proyecto en el momento que lo deseen.

Los investigadores dan fé de que las valoraciones realizadas en este estudio no atentan contra la vida e integridad de sus participantes. De igual manera se comprometen a que la información obtenida de los pacientes se guardará en absoluta reserva para el

cumplimiento del artículo 8 (Título II, capítulo 1) y sólo será utilizada para los fines estipulados en el estudio.

Este proyecto de investigación fue enviado al comité de ética de la Universidad El Bosque y se dio el aval técnico mediante el acta número 025-201

9. Resultados

De 122 pacientes requeridos para este estudio, solo 95 participaron, cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron firmando el consentimiento informado. No se logró completar la muestra por finalización del tiempo de recolección de datos. Los datos de todos los pacientes fueron registrados, analizados, y distribuidos por datos demográficos como edad, con una muestra de 95 pacientes con edades comprendidas entre los 23 y 88 años, la edad media fue de 53.43 con una desviación estándar de ± 13.59 ; la edad categórica fue de 48 (50%) pacientes mayores de 55 años y 15 (15%) pacientes ≥ 18 años y ≤ 35 años; en cuanto al género 52 (54.74%) mujeres y 43 (45%) hombres; 36 (37%) eran solteros y 4 (4%) viudos. En relación a los años de educación 53 (55%) pacientes tenían más de 12 años de educación; y 58 (61%) pacientes pertenecían a estratos medios (3-4) y 15 (15%) estratos bajos (1-2).

Otros datos evaluados en la encuesta fueron, cepillado diario con una media de 2.38 y una desviación estándar de ± 0.6 ; el 46 (48%) pacientes se cepillaban más de 3 veces al día; y el tipo de cerdas más utilizado eran las suaves por 56 (59%) pacientes. 75 (78%) pacientes se consideraban no fumadores y 7 (7%) fumadores actuales, que consumían un mínimo de 2 cigarrillos diarios a un máximo de 30, con una media de 7.2. y una desviación estándar de ± 10.09 . Debido a que un paciente fumaba 30 cigarrillos diarios, genera un dato extremo o de mucho peso ocasionando que aumente la media de cigarrillos diarios en los demás pacientes

De los 95 pacientes que participaban en el estudio 48 (50%) no percibían las recesiones gingivales y 47 (49%) pacientes que sí. Dentro de los factores más asociados a las RG destacaban, mal cepillado 26 (27%). (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados descriptivos.

Edad categórica	N	Porcentaje %
0: $\geq 18 - \leq 35$	15	15.79
1: 35-55	32	33.68
2: > 55	48	50.53
Genero	N	Porcentaje %
0: Hombres	43	45.26
1: Mujeres	52	54.74

Estado civil	N	Porcentaje %
0: Soltero	36	37.89
1: Casado	33	34.74
2: Unión libre	8	8.42
3: Viudo	4	4.21
4: Separado	14	14.74

Años de educación	N	Porcentaje %
0: menos de 12 años	42	44.21
1: más de 12 años	53	55.79

Estrato	N	Porcentaje %
1: Estrato 1	1	1.05
2: Estrato 2	14	14.74
3: Estrato 3	29	30.53
4: Estrato 4	29	30.53
5: Estrato 5	19	20.00
6: Estrato 6	3	3.16

Cepillado diario	N	Porcentaje %
0:Ninguna	1	1.05
1: Una vez al día	7	7.37
2: Dos veces al día	41	43.16
3: Tres veces al día o mas	46	48.82

Tipos de cerdas	N	Porcentaje %
0: Suaves	56	59.57
1: Duras	38	40.43

Tabaquismo	N	Porcentaje %
0: No fumador	75	78.95
1: Fumador actual	7	7.37
2: Ex Fumador	13	13.68

Cigarrillos diarios	N	Porcentaje %
2 al día	2	2.857
3 al día	1	1.429
4 al día	1	1.429
5 al día	2	2.857

30 al día	1	14.29
Presenta o no recesiones	N	Porcentaje %
0: No	48	50.53
1: Si	47	49.47
Factores Asociados	N	Porcentaje %
0: Ninguno	11	11.58
1: Cepillado duro	7	7.37
2: Mal cepillado	26	27.37
3: Fumar	1	1.05
4: Cálculos Dentales	4	4.21
5: Herencia	2	2.11
6: Coronas	10	10.53
7: Pérdida Ósea	8	8.42
8: Carillas	1	1.05
9: Mala mordida	4	4.21
10: Ortodoncia	2	2.11
11: Pérdida dental	5	5.26
12: Enfermedad periodontal	2	2.11
13: Mala higiene	6	6.32
14: Movilidad	1	1.05
15: Edad	1	1.05
16: Otros	4	4.21

Tabla 1. Resultados descriptivos. Resultados descriptivos sobre datos de la encuesta que debían llenar los pacientes incluidos en el estudio.

En cuanto a la última pregunta del instrumento, ¿De sea recibir tratamiento quirúrgico para las RGs?, 65 (68.4%) pacientes querían recibir tratamiento quirúrgico para las RGs y 30 (31.5%) no deseaban recibir tratamiento (Figura 1).

Figura 1. Tratamiento para las RGs.

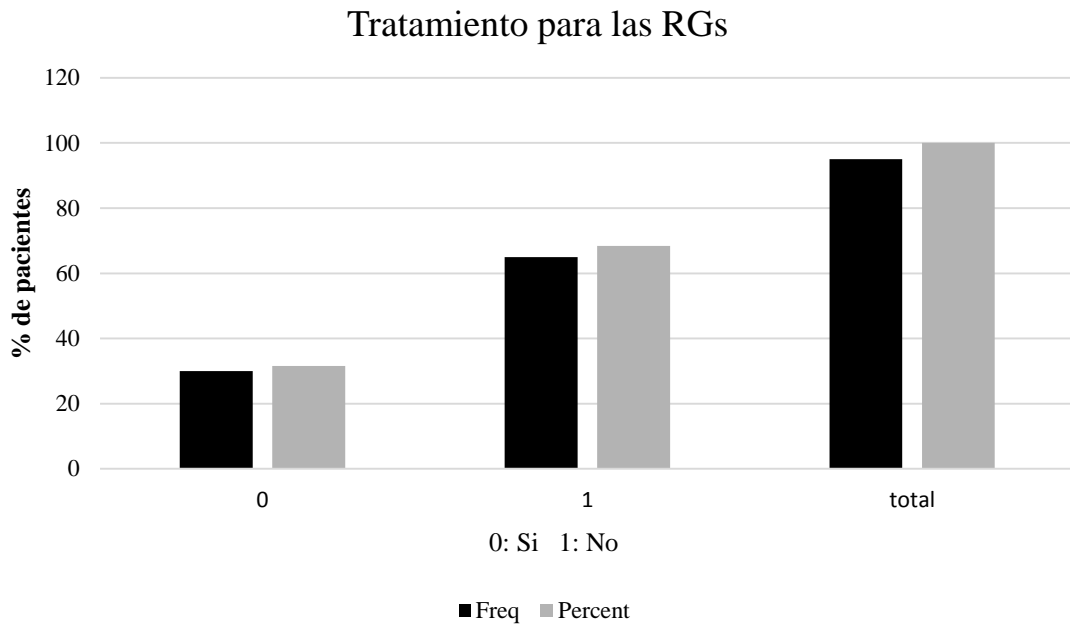


Figura 1. Pregunta del cuestionario ¿Desea recibir tratamiento quirúrgico para las RGs Los pacientes debían responder sí o no.

Uniendo las variables género y años de educación se encontró que 30 hombres tenían más de 12 años de educación y 29 mujeres menos de 12 años de educación, con $p < 0.05$ diferencia estadísticamente significativa (Figura 2).

Figura 2. Género y años de educación.

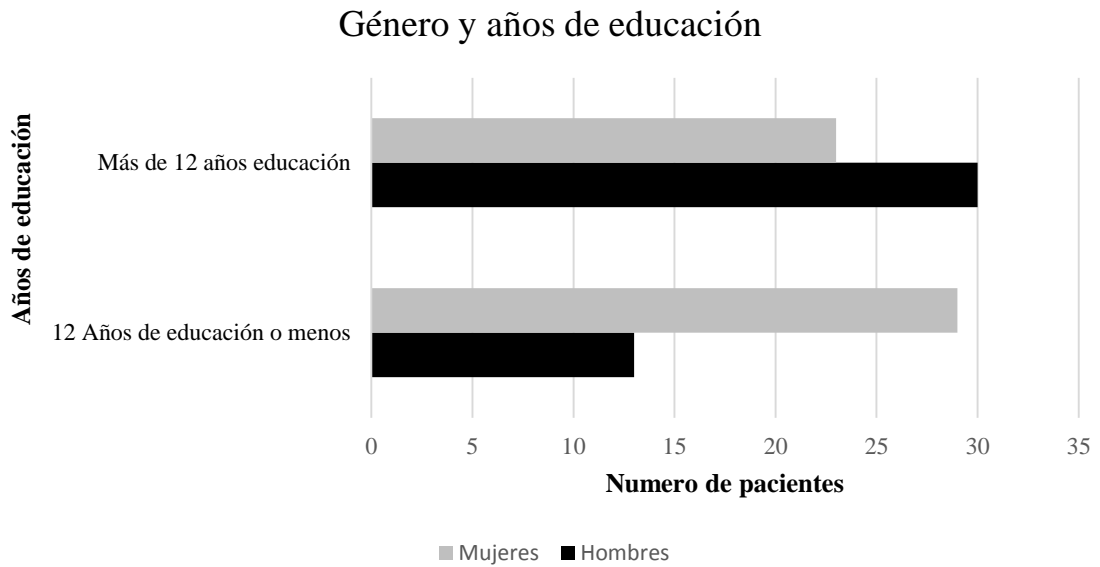


Figura 2. Género y años de educación. Se unieron las variables género y años de educación.

En cuanto a las variables género y si desea recibir tratamiento quirúrgico, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres $p>0.05$; 56 pacientes que se cepillaban entre 2-3 veces al día creían que no tenían recesiones con un $p>0.05$ sin diferencias estadísticamente significativas (Figura 3).

Figura 3. Tratamiento para las RGs y género

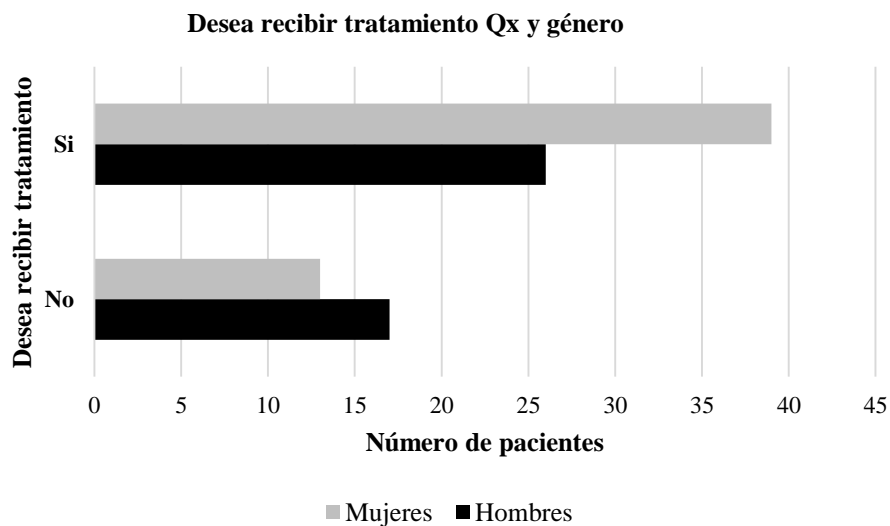


Figura 3. Pregunta del cuestionario ¿Desea recibir tratamiento quirúrgico para lasRGs? Los pacientes debían responder sí o no; unida a la variable género.

Por otra parte asociando las variables presencia de RGs y cepillado diario se encontró que 22 pacientes que se cepillaban de 2 a 3 veces al día creían que tenían RGs (Figura 4). De igual manera al asociar los factores y la presencia de RGs se encontró que los pacientes lo asociaban mayormente a un mal cepillado (Figura 5).

Figura 4. Cepillado diario y RGs

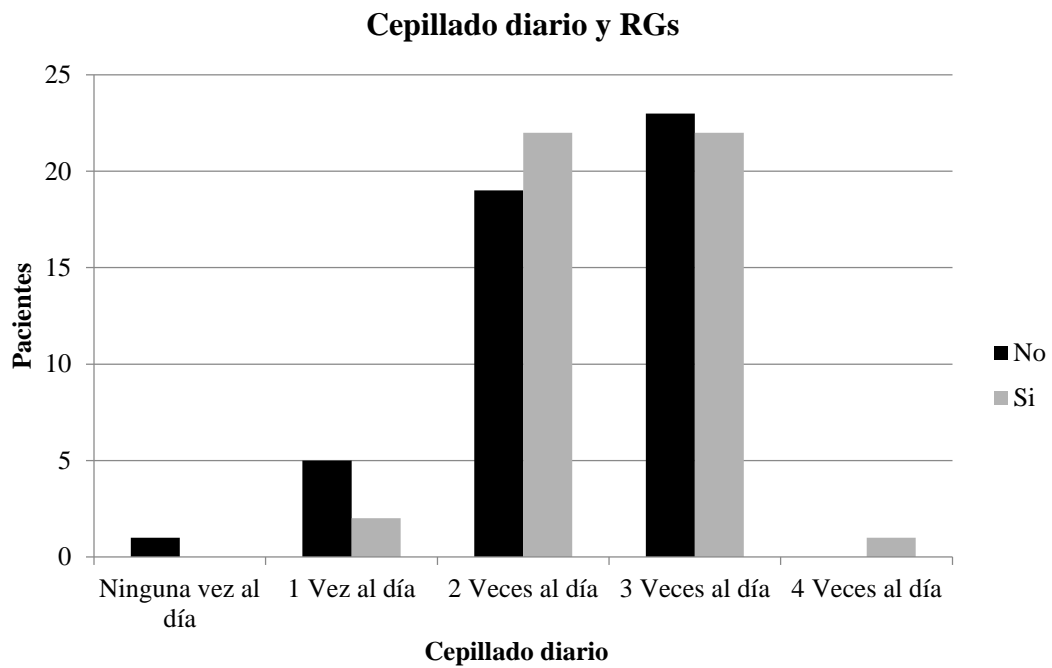


Figura 4. Cepillado diario y RGs. La tabla muestra la asociación entre el cepillado diario y la percepción de los pacientes sobre las RGs.

Figura 5. Factores asociados y RGs

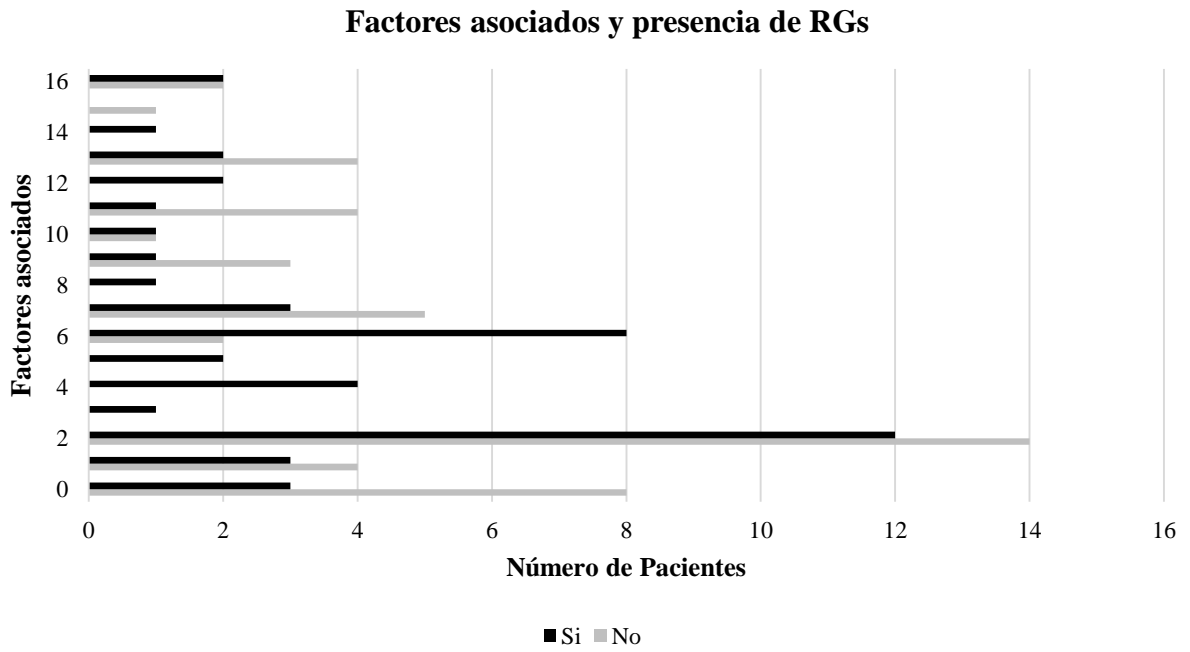


Figura 5. Factores asociados y RGs. Asociación entre las RGs y los factores a los cuales los pacientes atribuían su aparición.

De la población que conformaba este estudio se evaluaron 2.153 dientes; entre los cuales 981(46%) presentaron RGs y 1.172 (54%) no presentaron. De las RGs presentes 701 (71%) no fueron percibidas y 280 (29%) si, por razones como: estética 163 (58%), asintomáticas 59 (21%), hipersensibilidad 13(5%), o combinada (estética y sensibilidad) 45 (16%) (Figura 6).

Figura 6. Esquema de RGs

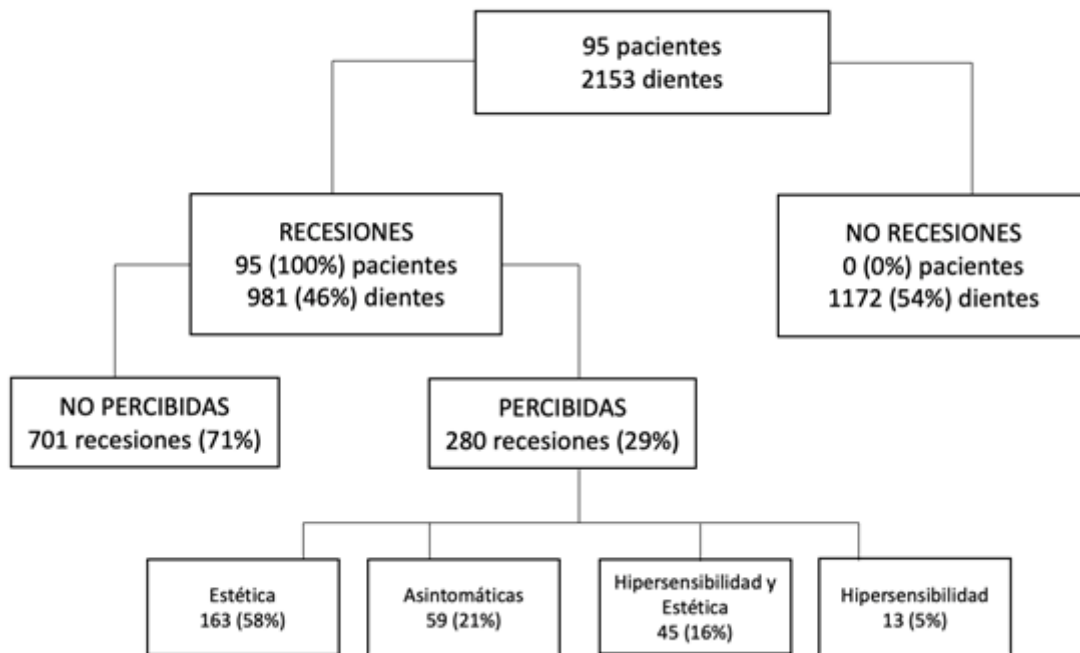


Figura 6. Esquema de RGs. Se presenta esquema del total de dientes presentes en los 95 pacientes, con RGs y sin RGs, percibidas y no percibidas; y el motivo de percepción.

Los grupos de dientes mayormente relacionados a la presencia de RG fueron los premolares (34%), seguidos de los incisivos (26%) y los molares (22%); así mismo, se puede resaltar la asociación entre la presencia de la unión cemento-esmalte (40%), lesiones cervicales no cariosas (29%), sangrado (26%) y biopelícula (22%) con las RG. (Figura 7-8)

Figura 7. Grupos de dientes

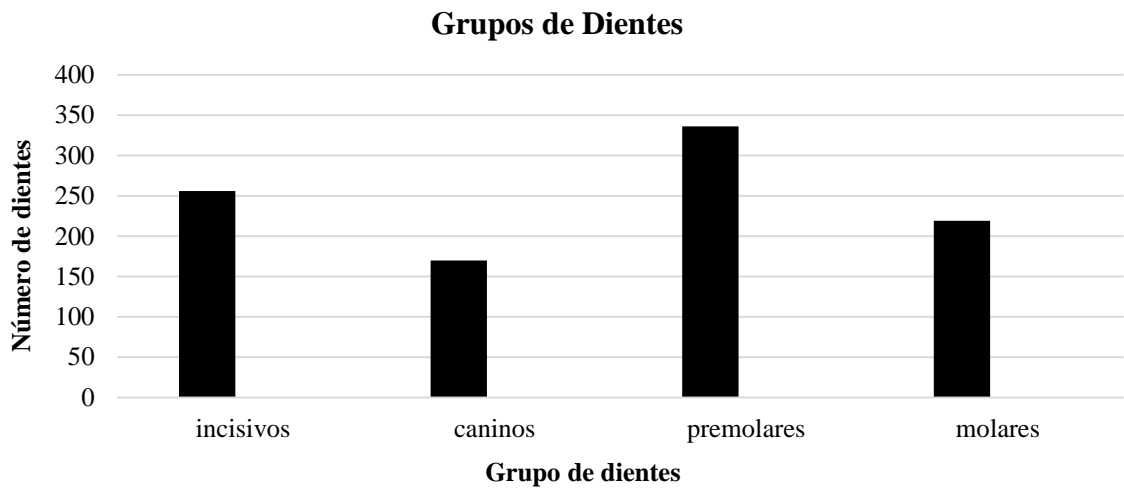


Figura 7. Grupos de dientes. Total de las RGs halladas y distribuidas por el tipo de diente que las presentaba.

Figura 8. Características de los dientes.

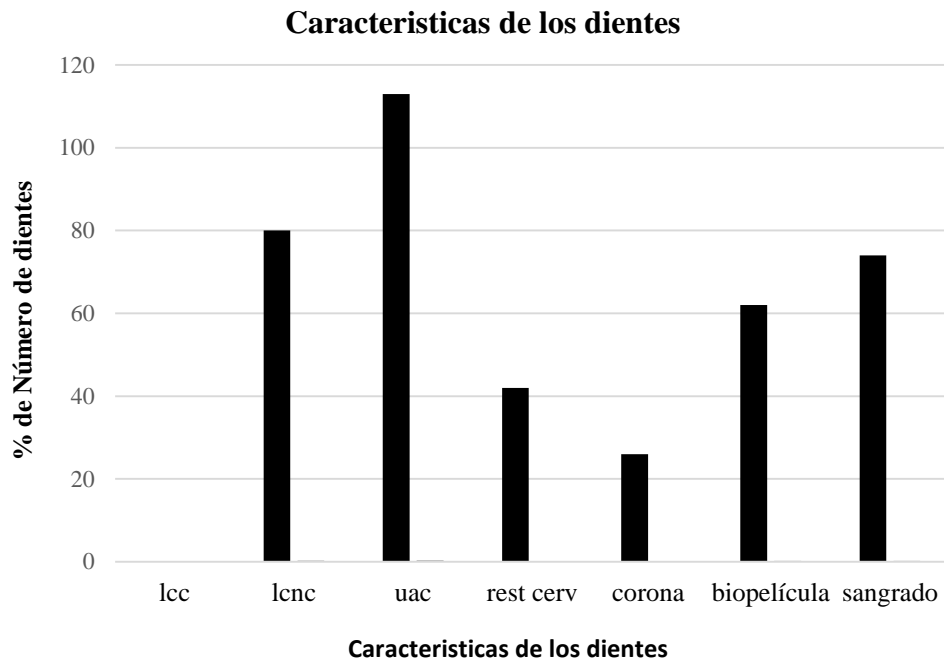


Figura 8. Características de los dientes. En este grafico se presentan las características de los dientes que presentaban RGs y eran percibidas por los pacientes.

El tejido interproximal de los dientes afectados por RGs y percibidos por los pacientes fue evaluado y agrupado en tejido intacto o perdido, el TI perdido se encontró en la mayoría de los dientes (200), y solo 80 dientes con TI intacto. Al asociarlo al grupo de dientes se encontró que los incisivos y premolares eran los más afectados.

Figura 9. *Tejido interproximal*

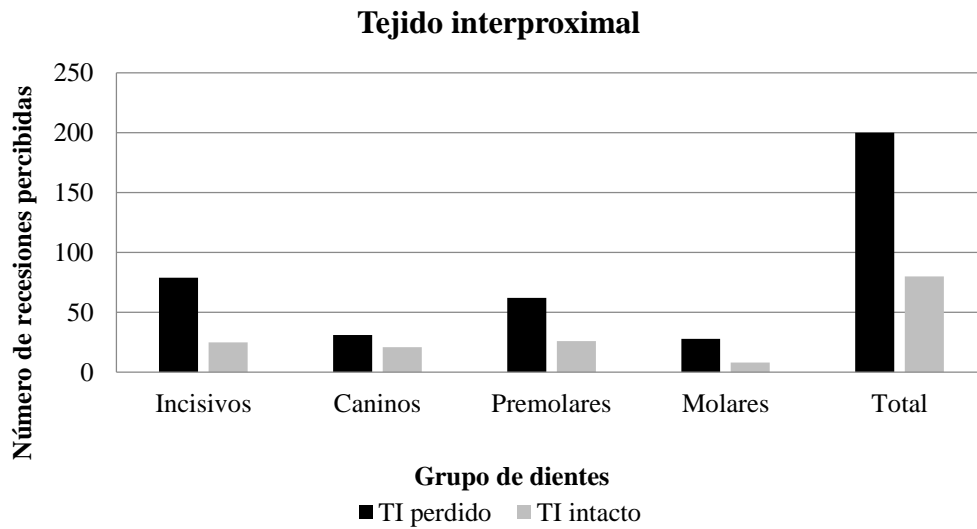


Figura 9. Tejido interproximal. Se presentan los dientes con RGs que eran percibidos por el paciente y el estado del tejido interproximal de los mismos, por grupo de dientes.

Al realizar la revisión clínica se valoró el biotipo periodontal de cada paciente, resultando que la mayoría tenían biotipo periodontal delgado 55 (57%), seguido del biotipo grueso 34 (35%) y por último el biotipo mixto 6 (6%).

Figura 10. Biotipo periodontal

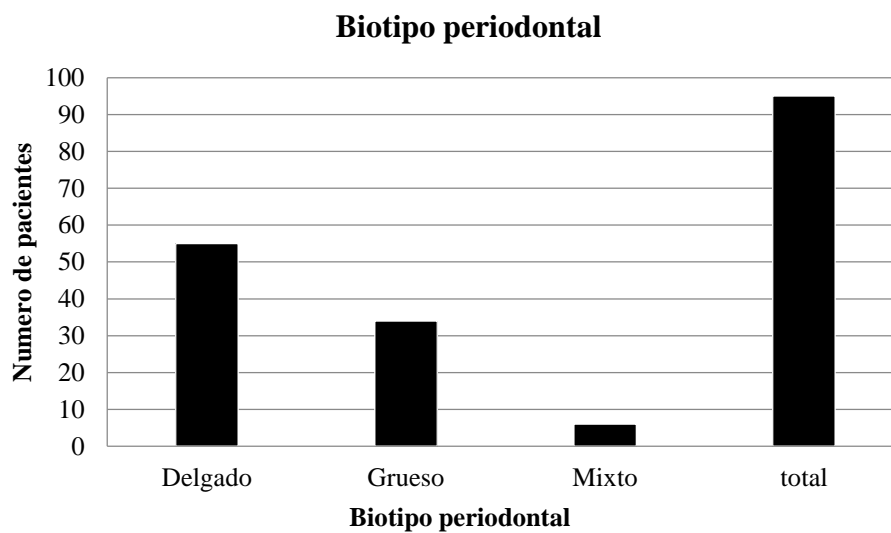


Figura 10. Biotipo periodontal. Se muestran los pacientes y el biotipo periodontal que presentaban: delgado, grueso o mixto.

10. Discusión

Las recesiones gingivales se presentan como una entidad patológica la cual cursa con migración apical del margen gingival, dando el aspecto de dientes más largos y sonrisa poco armónica (AAP 2001). Esta migración apical puede afectar a los pacientes con altos y bajos estándares de higiene oral y constituye uno de los motivos principales de consulta en la práctica odontológica según Løe et al., [1992] (Nieri et al., 2013). Este problema podría o no tener repercusiones en el paciente pudiendo ser únicamente detectadas como una alteración en la sonrisa o algunos casos que son detectadas por presentar alguna sintomatología (Nieri et al., 2013).

Al momento de planear el tratamiento de un paciente que presente RGs debemos tomar en cuenta, además de las complicaciones que pudiera traer la misma para la salud periodontal, la importancia que le da el paciente. Esta decisión debe ser basada en la percepción que tenga el mismo de la patología y si esta presenta algún tipo de sintomatología o algún problema estético (Musskopf et al., 2013).

En la literatura disponible existe muy poca información sobre la importancia de la percepción de esta patología por parte del paciente y la necesidad de tomar en cuenta la opinión del mismo a la hora de realizar la toma de decisiones para el plan de tratamiento definitivo (Nieri et al., 2013). Existen varios estudios contralados y aleatorizados que muestran datos importantes sobre las recesiones gingivales y los posibles criterios para tener en cuenta a la hora de plantear un tratamiento definitivo, todo esto aportando poca importancia a la opinión del paciente sobre el tratamiento o el requerimiento de tratar dichas recesiones (Plagliari et al., 2003). Rocuzzo et al., [2002] reportan los diferentes métodos para cubrimiento radicular, su estabilidad en el tiempo y los resultados clínicos, pero todos estos datos son de evidencia clínica, mas no de la percepción del paciente sobre los resultados obtenidos. Se hace imprescindible la búsqueda de unir estos datos a nuestra práctica clínica. Erpenstein & Borchard [2006] nos reporta en su artículo todos los factores que se deben tener en cuenta antes seleccionar la técnica quirúrgica para cubrimiento radicular; en los factores relacionados con el paciente se encuentra la preocupación que tiene el paciente al desear cubrirse este tipo de recesión y también su expectativa. La insatisfacción con la estética es uno de los principales motivos por los cuales los pacientes desean cubrir la recesión.

Batra et al., [2018] en su estudio se buscó, mediante el uso de una encuesta, analizar la percepción voluntaria y subjetiva del paciente sobre las variaciones de la estética en los tejidos blandos durante la sonrisa por medio de fotografías para determinar cuáles características son catalogadas como negativas estéticamente, así como también, cuales son positivas estéticamente; lo cual destaca la importancia de la percepción de las recesiones vestibulares pero no incluye las necesidades de tratamiento como se incluye en este estudio.

Işiksal et al., [2006] evaluaron fotografías antes y después del tratamiento de ortodoncia en tratamientos con o sin extracciones de premolares en donde la posición de los dientes anteriores y la posición del margen gingival fueron los factores más importantes y que destacaron para una mejor estética. Cabe resaltar que la población que evaluó este estudio tenía cierto grado de educación y por ende un direccionamiento diferente para establecer la estética por ser cirujanos plásticos, odontólogos generales, odontólogos especialistas que pudieron influir en este resultado. Al contrario de Batra et al., [2017], su población de estudio eran personas sin ningún conocimiento odontológico; sus resultados reportaron que los componentes gingivales no fueron relevantes para establecer características estéticas negativas; es decir la posición del margen de la encía no fue relevante para afectar la sonrisa del paciente. Igual que en el presente estudio las personas incluidas en el estudio igualmente no tenían conocimiento alguno sobre odontología, pero si querían en un 68% recibir un tratamiento quirúrgico de las recesiones gingivales para mejorar su sonrisa.

En el estudio publicado por Nieri et al., [2013], únicamente 11 pacientes de los 96 pacientes que presentaron recesiones (11%), demostraron su interés por recibir tratamiento para las mismas. En este estudio, el 68% de los pacientes respondieron en la encuesta que quisieran recibir tratamiento para dichas recesiones. Esta diferencia podría deberse a que, en nuestra población, la mayoría de los pacientes percibían estas recesiones por estética en un 58% y un 16% que percibían por estética e hipersensibilidad en comparación con un 6% y 4% que percibían por estética o combinadas respectivamente en el reporte de Nieri et al., [2013]. Otro factor que puede contribuir a la diferencia de los resultados encontrados en el estudio de Nieri et al., [2013] y en este estudio es la diferencia de edad de la población ya que en el de Nieri, el promedio de edad era de 40.5 (± 12.9) y en nuestro estudio el promedio de edad fue de 53.43 (± 13.59) en donde al ser pacientes con mayor edad, van a tener una tendencia a tener más RGs (Shkreta *et al.*, 2018). Adicional estos pacientes habían recibido tratamiento periodontal tanto quirúrgico como no quirúrgico. Por el contrario, Heitz-Mayfield et al., [2003] describen

que las RGs son comunes encontrarlos antes de los 40 años de edad por sus frecuentes consultas odontológicas.

46 pacientes (48%) de los pacientes se realizaba cepillado diario 3 veces al día o más, en donde este dato nos puede encaminar también a la alta prevalencia de recesiones gingivales como lo corrobora Serino et al., [1994] en su estudio concluyó que en los pacientes con altos estándares de higiene oral se encontraba con mayor prevalencia RGs. Otra diferencia fue que el 5% de los pacientes que lograban percibir la recesión gingival, reportaban que el motivo de su percepción era únicamente por hipersensibilidad comparado con un 17% en el estudio Nieri et al., [2013] siendo este dato importante para la decisión de realizarse el tratamiento quirúrgico para el cubrimiento radicular. Mounssif et al., [2018] concluye que existen 2 razones principales por las cuales los pacientes solicitan tratamiento de recesiones: estética e hipersensibilidad.

Cuando se les pidió a los pacientes que percibían las RGs (49% en este estudio) especificar la causa a la cual asociaban las mismas, se destacó el mal cepillado con un 27% de los pacientes encuestados. Este dato nos indica que los pacientes están educados en el tema y saben que un mal cepillado podría llevar a la aparición de RGs. Esto se corrobora con el tipo de cerdas que utilizaban los pacientes para el cepillado, en donde un 59% de la población utilizaba cerdas suaves, refiriendo que usaban este tipo de cepillos para evitar lo anteriormente mencionado.

De las recesiones presentes en boca, la mayoría 701(71%) no fueron percibidas. y este dato nos deja varias incógnitas debido al resultado de los pacientes que querían recibir tratamiento quirúrgico para las RG que fueron 65 (68.4%) es decir de las verdaderas razones y motivaciones de los pacientes al querer realizarse el tratamiento si existe un gran porcentaje de recesiones que no fueron percibidas.

En el ENSAB IV el índice de extensión y severidad de la población colombiana es de un 38% en promedio de todas las superficies dentales y en el presente estudio los resultados reportaron un 46% de pérdida del nivel de inserción clínica. En el ENSAB IV se percibe un incremento en la extensión y severidad de la pérdida del nivel de inserción clínica aumentando proporcionalmente con la edad.

11. Conclusiones

Este estudio muestra la percepción de los pacientes frente a las RGs vestibulares existentes en los pacientes y las solicitudes para el tratamiento de las recesiones percibidas y sintomáticas. El número de RGs percibidas por los pacientes fue alto pero el número de dientes con recesiones no percibidas fue mayor. El principal motivo por el que percibían las RGs fue por estética y de ahí que la mayoría de los pacientes quieran realizarse el tratamiento quirúrgico de cubrimiento radicular. Teniendo en cuenta los resultados de este estudio, es importante tener en cuenta el motivo por el cual desean realizarse el tratamiento ya que un gran número de RGs vestibulares no son percibidas y por ende no hay la necesidad de realizar tratamiento para las mismas lo cual se debe evaluar en cada paciente y de manera individual sin el profesional influir en la decisión.

La prevalencia de RGs en el estudio fue alta; todos los pacientes presentaron RGs pero no todos los pacientes percibieron todas sus recesiones. Esta prevalencia se puede asociar a que los pacientes iban solicitando tratamiento periodontal, a los antecedentes de procedimientos realizados y a la edad de los pacientes.

12. Referencias bibliográficas

1. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Northwest Dent* 2000, 79(6):31-5
2. Batra P, Daing A, Azam I, Miglani R, Bhardwaj A. Impact of altered gingival characteristics on smile esthetics: Laypersons' perspectives by Q sort methodology. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2018, 154(1):82-90
3. Beall Ae. Can a new smile make you look more intelligent and successful? *Dent Clin North Am* 2007,51(2):289-97
4. Boardman R, Smith RA. Dental implications of oral piercing. *J Calif Dent Assoc* 1997, 25(3):200-7
5. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol* 2011, 38(7):661-6
6. Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2008, 35(8):136-62
7. Cortellini P, Pini Prato G. Coronally advanced flap and combination therapy for root coverage. Clinical strategies based on scientific evidence and clinical experience. *Periodontol 2000* 2012, 59(1):158-184.
8. Chambrone L, Chambrone D, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Can subepithelial connective tissue grafts be considered the gold standard procedure in the treatment of Miller Class I and II recession-type defects? *J Dent* 2008, 36(9):659-71
9. Chambrone L, Tatakis DN. Periodontal soft tissue root coverage procedures: a systematic review from the AAP Regeneration Workshop. *J Periodontol* 2015, 86(2):S8-51
10. Chrysanthakopoulos NA. Gingival recession: prevalence and risk indicators among young greek adults. *J Clin Exp Dent* 2014, 6(3):243-9
11. Dominiak M, Gedrange T. New perspectives in the diagnostic of gingival recession. *Adv Clin Exp Med* 2014, 23(6):857-63
12. Erpenstein H, Borchard R. Criteria for the Selection of Root Coverage Procedures. Part 2: Patient Factors, Defect Factors, Predictability of Coverage, Nature of Post-Operative Attachment. *Parodontologie* 2005, 16:(2)275-93
13. Goldstein RE. Study of need for esthetics in dentistry. *J Prosthet Dent* 1969, 21(6):589-98

14. Isiksal E, Hazar S, Akyalcin S. Smile esthetics: perception and comparison of treated and untreated smiles. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006, 129(1):8-16
15. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc* 2003, 134(2):220-25
16. Khocht A, Simon G, Person P, Denepitiya JL. Gingival recession in relation to history of hard toothbrush use. *J Periodontol* 1993, 64(9):900-5
17. Loe H, Silness J. Periodontal Disease in Pregnancy. I. Prevalence and Severity. *Acta Odontol Scand* 1963, 21:533-51
18. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985, 5(2):8-13
19. Ministerio, d.S.N. IV Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB IV. Metodología y determinación social de la salud bucal 2014
20. Mlinek A, Smukler H, Buchner A. The use of free gingival grafts for the coverage of denuded roots. *J Periodontol* 1973, 44(4):248-54
21. Musskopf ML, Rocha JM, Rosing CK. Perception of smile esthetics varies between patients and dental professionals when recession defects are present. *Braz Dent J* 2013; 24(4):385-390
22. Mounssif I, Stefanini M, Mazzotti C, Marzadori M, Sangiorgi M, Zucchelli G. Esthetic evaluation and patient-centered outcomes in root-coverage procedures. *Periodontol* 2000 2018; 77(1):19-53
23. Nieri M, Pini Prato GP, Giani M, Magnani N, Pagliaro U, Rotundo R. Patient perceptions of buccal gingival recessions and requests for treatment. *J Clin Periodontol* 2013; 40(7):707-712
24. Page RC, Eke PI. Case definitions for use in population-based surveillance of periodontitis. *J Periodontol* 2007; 8(7):1387-99
25. Pagliaro U, Nieri M, Franceschi D, Clauser C, Pini-Prato G. Evidence-based mucogingival therapy. Part 1: a critical review of the literature on root coverage procedures. *J Periodontol* 2003; 74(5):709-40
26. Pini-Prato, G. The Miller classification of gingival recession: limits and drawbacks. *J Clin Periodontol* 2011; 38(3):243-5
27. Rios FS, Costa RS, Moura MS, Jardim JJ, Maltz M, Haas AN. Estimates and multivariable risk assessment of gingival recession in the population of adults from Porto Alegre, Brazil. [Observational Study]. *J Clin Periodontol* 2014; 41(11):1098-107

28. Rocha JM, Ramazini C, Rosing CK. Analysis of gingival margin esthetic clinical conditions by dental students. *Acta Odontol Latinoam* 2011; 24(3):279-282
29. Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2002; 29(3):178–194
30. Rotundo R, Nieri M, Mori M, Clauser C, Prato GP. Aesthetic perception after root coverage procedure. *J Clin Periodontol* 2008; 35(8):705-712
31. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312(7023):71-2
32. Serino G, Wennström JL, Lindhe J, Eneroth L. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene. *Journal of clinical periodontology* 1994; 21(1):57-63
33. Shkreta M, Atanasovska-Stojanovska A, Dollaku B, Belazelkoska Z. Exploring the Gingival Recession Surgical Treatment Modalities: A Literature Review. *Maced J Med Sci* 2018; 6(4):698–708.
34. Silness J, Loe H. Periodontal Disease in Pregnancy. II. Correlation between Oral Hygiene and Periodontal Condition. *Acta Odontol Scand* 1964; 22:121-35.
35. Smith, RG. Gingival recession. Reappraisal of an enigmatic condition and a new index for monitoring. *J Clin Periodontol* 1997; 24(3):201-205.
36. Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. 3. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics* 1968; 6(4):152-160.
37. Susin C, Haas AN, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. *J Periodontol* 2004; 75(10):1377-1386.
38. Glossary of Periodontal Terms. 4th ed. Chicago. Cohen RE., Cochran DL., Blieden T., Bouwsma OJ; 2001. The American Academy of Periodontology; p. 4-56.
39. Wennstrom J. Proceedings on the 1st European Workshop on Periodontology. Lang NP., Karring T. European Workshop on Periodontology. 1 ed. Berlin:1. Auflage 1994. p. 478
40. Zaher CA, Hachem J, Puhan MA, Mombelli A. Interest in periodontology and preferences for treatment of localized gingival recessions. *J Clin Periodontol*. 2005; 32(4):375-82.
41. Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. *Periodontol* 2000 2015; 68(1), 333-368.