



PREVALENCIA DE RECESIONES GINGIVALES Y FACTORES ASOCIADOS, EN LA POBLACIÓN USUARIA DE LAS CLÍNICAS DE POSGRADO DE UNICOC-SEDE BOGOTÁ, 2015.

PREVALENCE OF GINGIVAL RECESSON AND ASSOCIATED FACTORS IN THE POPULATION USING CLINICS UNICOC GRADUATE BOGOTÁ 2015.

Vanegas C. Daza M.*
Arboleda S. **
Suarez A. ***
Cubides J. ****

RESUMEN

Objetivo: Identificar la prevalencia de las recesiones gingivales y los factores asociados, en la población usuaria de las clínicas de postgrado de UNICOC sede Bogotá durante el primer periodo del 2015. **Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo de corte transversal, conformado por una muestra de 211 pacientes, a través de un muestreo aleatorio simple a los cuales cumplieron con los criterios de elegibilidad. Para la recolección de información se empleó un formato de 44 ítems para identificar características sociodemográficas, condiciones sistémicas, higiene oral, resultados del examen intraoral y diagnóstico. Se evaluó el sangrado al sondaje, presencia de biopelícula supra gingival, profundidad del sondaje, margen, nivel de inserción, encía queratinizada. Se empleó la clasificación de recesión gingival de Miller. **Resultados:** la prevalencia de recesiones gingivales en la muestra fue de 95,3% (n= 202) sobre el número total de pacientes. De los 4450 dientes evaluados la recesión se presentó en el 12,6% (n=562), siendo la más frecuente la recesión tipo III (41,1%) y los incisivos centrales inferiores, 31 (8,2%) y 41 (6,8%) los más afectados. Los factores asociados a las recesiones gingivales incluyeron hábitos como la onicofagia y otros diferentes a los evaluados (p=0,0243). El uso de piercing se asoció con la recesión tipo II (p=0,01); la edad entre 41 y 50 años fue significativa para la recesión tipo III (p=0,0128). **Conclusiones:** En el presente estudio se identificó la presencia de recesiones gingivales en el 95% de de la muestra evaluada; Se identificó como principales factores asociados a la recesión gingival, la presencia de piercings, los hábitos nocivos y el grupo de edad entre 41 y 50 años.

Palabras clave: recesiones gingivales, clasificación Miller, nivel de inserción, profundidad al sondaje, margen gingival, sangrado al sondaje.

SUMMARY

Aim: The aim of the present cross-sectional study was to identify the prevalence of gingival recession and associated factors in the population using clinics UNICOC graduate of Bogotá during the first quarter of 2015.

Materials and methods: Descriptive study, they made up a sample of 211 patients, through a simple random sampling which are applied eligibility criteria. A format of 44 items was used to collect information to identify socioeconomic and demographic features, systemic conditions, oral hygiene, results of intraoral examination and diagnosis. We evaluated bleeding on probing, presence of supra gingival biofilm, probing depth, scope, level of integration, keratinized gingiva and classification of gingival recession Miller was employed. **Results:** the prevalence of gingival recession in the sample was 96%. Of the 4450 teeth evaluated recession occurred in 12.6% (n = 562), the most frequent recession type III (41.1%) and the teeth lower central incisors 31 (8.2%) and 41 (6.8%) the most affected. The factors associated with gingival recession included habits such as nail biting and other not assessed (p = 0.0243) and the use of piercing (p = 0.01) for type II recession; age between 41 and 50 years (p = 0.0128) for type III **Conclusions:** In this study the presence of gingival recession in most of the sample evaluated was identified; also they were seen as key factors associated with gingival recession, the presence of piercings, harmful habits and the age group between 41 and 50 years.

Keywords: gingival recessions Miller, attachment level, probing depth, gingival margin, bleeding on probing classification.

*Estudiantes de IV Semestre Posgrado de Periodoncia UNICOC Bogotá.

**Od. Especialista en periodoncia y Epidemiología clínica.

***Od. Especialista en Epidemiología.

**** Mv.Asesor bioestadístico.

PREVALENCIA DE RECESIONES GINGIVALES Y FACTORES ASOCIADOS, EN LA POBLACIÓN USUARIA DE LAS CLÍNICAS DE POSGRADO DE UNICOC-SEDE BOGOTÁ, 2015.

INTRODUCCIÓN

La recesión gingival se define como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte resultando en la exposición de la superficie radicular al medio oral, se presenta generalmente en población adulta entre 58% y 75%⁽¹⁾. La pérdida de inserción es un proceso fisiológico de alta prevalencia asociado con el envejecimiento ⁽²⁾; se han encontrado reportes aproximados al 50%, con defectos gingivales $\geq 1\text{mm}$ y asociados generalmente con la enfermedad periodontal ⁽³⁾. Sin embargo, la edad no es el único factor; el género, especialmente el masculino, influye en esta condición, sumado a otros componentes como la presencia de malposiciones dentales y el trauma, ocasionado por el cepillado dental, factores etiológicos reportados frecuentemente⁽⁴⁾.

Los estudios respecto a la recesión gingival para la población menor de 20 años muestran una variación entre 1% y 19%, entre 58% y 75% en mayores de 30 años y hasta un 100% en mayores de 50 años⁽⁴⁾; La recesión se puede presentar de manera localizada o generalizada y con frecuencia asociada a una o más superficies⁽⁵⁾. La literatura asocia las recesiones gingivales a factores predisponentes y desencadenantes. Los predisponentes están directamente implicados en favorecer el desarrollo de una o múltiples recesiones gingivales dentro de estos se destacan una disminución de la dimensión tanto apico-coronal como vestíbulo-palatina, dehiscencias o fenestraciones y el biotipo gingival. Los factores

desencadenantes, son aquellos que al ser sumados con los factores predisponentes van a desencadenar una recesión gingival^(6,7), en estos factores incluyen los hábitos lesivos del paciente, factores iatrogénicos y el cepillado dental traumático^(8,9); incluso se debe considerar el consumo de tabaco^(2,9).

Las recesiones gingivales representan un hallazgo clínico relevante en la valoración periodontal, pues su presencia conlleva a la exposición de superficies radiculares al medio oral y por ende un posible aumento de la sensibilidad dental, de igual forma, incrementa la susceptibilidad de estas superficies expuestas a presentar lesiones cariosas. Sumado a esto la estética del paciente se encuentra comprometida especialmente cuando las recesiones involucran los dientes que el paciente expone al sonreír o hablar ⁽¹⁰⁾. Adicionalmente, las recesiones generan un espacio en la superficie interproximal, propicio para la adherencia de la biopelícula ^(2-4,8,11).

Conocer estas características es importante para la adecuada planificación del tratamiento de la recesión gingival, fundamentalmente un adecuado diagnóstico que brinde las herramientas necesarias para la selección del procedimiento quirúrgico más predecible y que ofrezca resultados con la mayor tasa de éxito posible; en este caso, clasificaciones como la de Sullivan y Athkins o la de Miller son herramientas importantes de las que se puede hacer uso ^(12,13).

La elección del tratamiento debe estar basada en evidencia científica que demuestre, no solamente

el éxito del procedimiento sino también su adecuado pronóstico; estabilidad de los resultados en el tiempo, ausencia de bolsa periodontal, color y contornos aceptables y finalmente ausencia de sensibilidad dental^(10,13-15); siendo este el motivo del desarrollo de esta investigación, que tiene por objetivo: identificar la prevalencia de las recesiones gingivales y los factores asociados, en la población usuaria de las clínicas de postgrado de UNICOC sede Bogotá durante el primer periodo del 2015;

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de corte transversal. La población de referencia estuvo constituida por pacientes usuarios de las clínicas de postgrado de la Institución Universitaria Colegios de Colombia –UNICOC de la sede Bogotá D.C. en el primer periodo del 2015. La muestra fue de 211 pacientes obtenida mediante muestreo probabilístico, a través de un muestreo aleatorio simple en 470 pacientes, una vez obtenido el total de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de elegibilidad. Pacientes de ambos géneros, mayores de 18 años y menores de 60 que tuvieran al menos 6 dientes naturales, que hubiesen aceptado participar voluntariamente, y que firmaran el consentimiento informado.

Se excluyeron los sujetos con disminución de la apertura bucal que impidiera el adecuado examen clínico. Las variables de estudio analizadas fueron: posición del margen gingival respecto a la unión amelocementaria, sangrado al sondaje, presencia de biopelícula, malposiciones dentales, número de dientes presentes en boca, cepillado dental traumático el cual se relacionó con pacientes que se cepillaban más de 3 veces al día y con cepillo de dientes de cerdas duras.

Una vez obtenida la muestra que participaría en la investigación se procedió a informar sobre las actividades a realizar, a las cuales daban aceptación tras la firma del consentimiento informado. Esta actividad estuvo precedida de la respectiva calibración interoperador en la que se obtuvo un valor Kappa 0,95. Posteriormente se realizó la evaluación considerando los parámetros: edad, género, fecha del examen, número de historia clínica, sangrado al sondaje, presencia de placa supra gingival, profundidad del sondaje, margen, nivel de inserción, encía queratinizada. Con la ayuda de la sonda periodontal Carolina del Norte Vitalcom (UNC-15), calibrada en milímetros. Se determinó la profundidad del sondaje y la cantidad de encía queratinizada. Para determinar la presencia o ausencia de inflamación se tuvo en cuenta el índice de sangrado gingival. Para la valoración de las recesiones gingivales se tuvo en cuenta la clasificación postulada por Miller en 1985 (2), donde se evaluarán 6 superficies por diente Mesial-vestibular, Medial-vestibular y distal-vestibular y mesial-palatino, medial-palatino y distal-palatino, esta clasificación determina 4 categorías: la clase I, II, III y IV.

Los datos fueron digitados en una matriz de Excel (Microsoft), el análisis se realizó a través del paquete estadístico SPSS versión 2.0, (análisis univariado y bivariado). Se consideró una significancia estadística del 95% con un valor $p \leq 0.05$ para la interpretación de los resultados.

La investigación fue avalada por el comité de ética institucional de UNICOC. Según la Resolución N° 008430 del 04 de Octubre 1993 del Ministerio de Salud, esta investigación se consideró como una investigación con riesgo mínimo.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de la población de estudio, se presentan de manera específica en la tabla 1. También se encontró información relacionada con los hábitos de higiene oral practicados por los pacientes, entre ellos el cepillado realizado de manera traumática, el cual es ejercido por un 9% de las personas, actividad desarrollada de manera homogénea por hombres y mujeres; es decir, de las 19 personas que realizan un cepillado traumático, 10 son mujeres y 9 son hombres. Se estableció además que un 54,5% hacen uso de cepillos dentales de cerdas duras y sólo un 12,8% utilizan los de cerdas suaves. Respecto a la frecuencia de cepillado, la reportada con más frecuencia fue 2 veces al día (40,3%), como se evidencia en la figura 1.

Tabla 1. Distribución de las variables sociodemográficas evaluadas en los pacientes

Variable	Frec. (n)	%
Género		
Femenino	107	51
Masculino	104	49
Estrato		
Bajo (1-2)	93	44
Medio (3-4)	111	53
Alto (5-6)	7	3
Edad		
18-25 años	72	34
25 a 40 años	78	37
40 a 50 años	61	29
Afiliación a salud		
Sisbén	81	38
EPS	104	49
Medicina Prepagada	3	2
Ninguna	23	11

Otros hábitos analizados se relacionan con la onicofagia (23,7%), morder objetos (19,9%), usar palillos (10,4%) y otros (5,2%); en este caso el

40,8% manifestó no presentar este tipo de hábitos. El hábito de fumar fue reportado por el 18,5% de la población, sin encontrarse diferencias entre ambos géneros (20 mujeres y 19 hombres fumadores). El consumo de cigarrillos diario de acuerdo al género se presenta en la figura 2.

Figura 1. Distribución porcentual de la frecuencia de cepillado

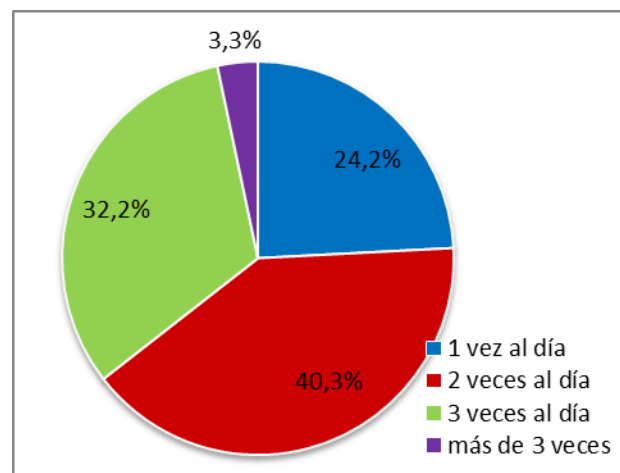
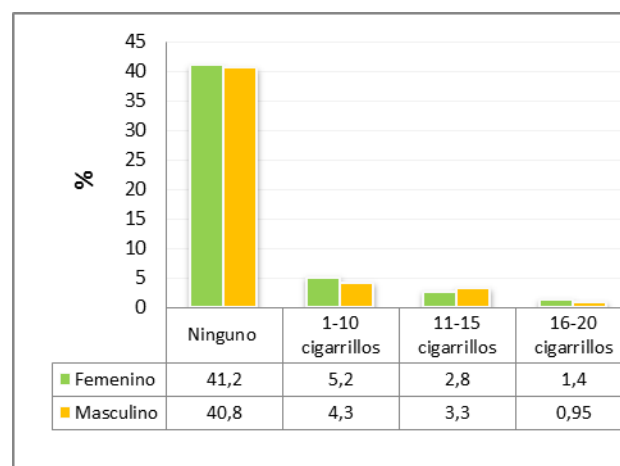


Figura 2. Consumo de cigarrillos diarios según el género



Las enfermedades sistémicas también fueron determinadas en los pacientes evaluados, ante lo cual el 79,6% no presentaba ninguna; el 10% presentaron hipertensión, el 8,1% diabetes y 1,4% síndrome de Sjogren. Al indagar por cirugías de

tipo periodontal previas realizadas, sólo se encontraron en un 17,5%.

Finalmente, el uso de piercing y brackets fue reportado por el 5,22% y 27% respectivamente. Para el caso de los piercings, su uso de evidencio con mayor frecuencia en el género masculino (8 hombres por 3 mujeres).

Recesiones gingivales

Esta condición se encontró en el 95,7% de los pacientes evaluados (n=202) (figura 3). Al considerar los 211 pacientes que en total presentaban 4450 dientes en boca, se encontraron 562 dientes con recesiones gingival (12,6%) (Figura 4), presentándose según la clasificación de Miller como se muestra en la figura 5; esta figura muestra que el tipo de recesión más frecuente fue la tipo III con un 41,1%; de manera particular, los dientes más afectados fueron el 31 (8,2%, n=46) y 41 (6,8%, n=38); y los menos afectados 37 y 17 (0,2%, n=1) para ambos dientes (figura 6).

Figura 3. Prevalencia de recesiones gingivales en la muestra

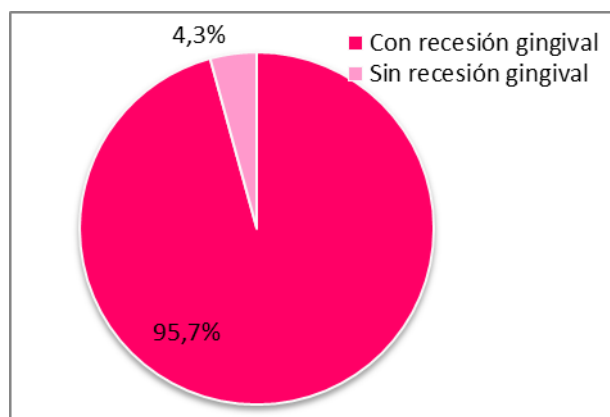


Figura 4. Distribución del total de dientes evaluados y los identificados con recesiones

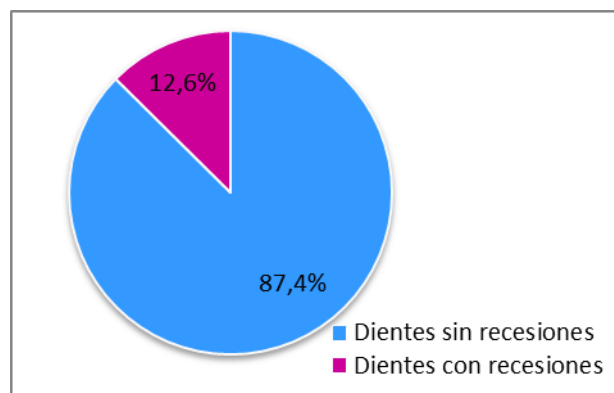


Figura 5. Clasificación de las recesiones encontradas según Miller (n=562)

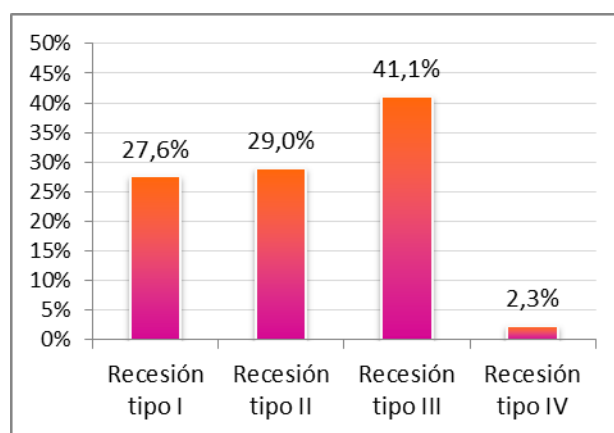
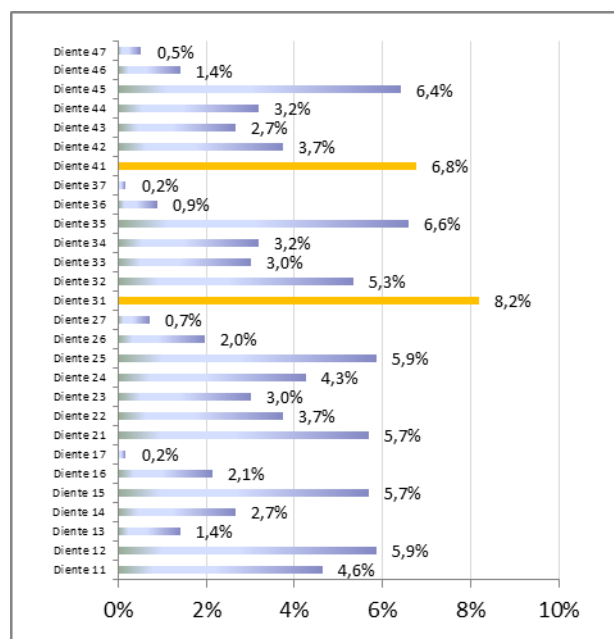


Figura 6. Distribución de los dientes afectados



En la tabla 2 se identifican los diferentes factores asociados que pudieran estar influyendo en el

comportamiento de los distintos tipos de recesiones; al respecto se observa que no existen factores asociados para la recesión tipo I ($p>0,05$). Respecto a la recesión gingival tipo II, existe

relación con el hábito onicofagia y otros ($p=0,0243$) y el uso de piercing ($p=0,01$). Para la recesión gingival tipo III, el factor asociado fue la edad entre 41 y 50 años ($p=0,0128$).

Tabla 2. Asociación entre los factores evaluados y los tipos de recesión gingival

Tipo de Recesión Gingival	Factor	Test χ^2 / Fisher p	Odds Ratio	(IC 95%) Límite inferior	(IC 95%) Límite superior
Miller Tipo I	Presencia de Brackets	0,5376	1,2330	0,6335	2,,3997
	Cantidad de cigarrillos	0,3654	1,5558	0,5975	4,0510
	Cepillado traumático	0,1070	2,9202	0,7933	10,7501
	Cepillados al día	0,6809	1,0895	0,7242	1,6389
	Cirugías periodontales previas	0,9657	1,0168	0,4751	2,1762
	Enfermedad sistémica	0,2534	1,1757	0,8906	1,5520
	Estrato socioeconómico	0,8592	1,0479	0,6249	1,7572
	Tabaquismo	0,1919	3,1502	0,5622	17,6524
	Género	0,4828	0,8150	0,4604	1,4428
	Hábitos	0,8850	1,0175	0,8044	1,2871
	Piercing	0,8697	0,8968	0,2441	3,2952
	Seguridad social	0,5998	1,0920	0,7859	1,,5173
	Tipo de cepillo	0,3443	1,2331	0,7987	1,9039
Miller Tipo II	Presencia de Brackets	0,5034	1,2620	0,6383	2,4954
	Cantidad de cigarrillos	0,1311	2,1540	0,7954	5,8329
	Cepillado traumático	0,0532	4,1534	0,9808	17,5884
	Cepillados al día	0,8375	1,0452	0,6851	1,5945
	Cirugías periodontales previas	0,7681	1,1260	0,5115	2,4787
	Enfermedad sistémica	0,2185	1,1917	0,9013	1,5756
	Estrato socioeconómico	0,7190	1,1026	0,6475	1,8778
	Tabaquismo	0,0643	5,7204	0,9014	36,3024
	Género	0,2521	1,4078	0,7840	2,5278
	Hábitos	0,0243	1,3302	1,0378	1,7051
	Piercing	0,0178	0,1395	0,0273	0,7112
	Seguridad social	0,5213	1,1171	0,7964	1,5668
	Tipo de cepillo	0,3443	1,1134	0,7161	1,7314
Miller Tipo III	Presencia de Brackets	0,4570	1,3048	0,6473	2,6301
	Cantidad de cigarrillos	0,1094	0,4108	0,1383	1,2207
	Cepillado traumático	0,2303	2,2846	0,5923	8,8114
	Cepillados al día	0,1150	1,4114	0,9195	2,1665
	Cirugías periodontales previas	0,2203	0,6111	0,2781	1,3431
	Enfermedad sistémica	0,3089	0,8577	0,6381	1,1528
	Estrato socioeconómico	0,2025	0,6959	0,3985	1,2153
	Tabaquismo	0,1545	0,2703	0,0446	1,6366
	Género	0,5154	0,8173	0,4450	1,5011
	Hábitos	0,1913	1,1822	0,9197	1,5195
	Piercing	0,6924	1,3403	0,3140	5,7206
	Seguridad social	0,3382	0,8428	0,5939	1,1960
	Tipo de cepillo	0,3856	1,2224	0,7766	1,9243

Tabla 2. Asociación entre los factores evaluados y los tipos de recesión gingival

Tipo de Recesión Gingival	Factor	Test χ^2 / Fisher p	Odds Ratio	(IC 95%) Límite inferior	(IC 95%) Límite superior
Miller Tipo IV	<i>Presencia de Brackets</i>	0,0505	4,4201	0,9969	19,5976
	<i>Cantidad de cigarrillos</i>	0,1383	10,93210	0,4625	258,4216
	<i>Cepillado traumático</i>	0,2325	5,4393	0,3373	87,7199
	<i>Cepillados al día</i>	0,7102	0,8105	0,2677	2,4540
	<i>Cirugías periodontales previas</i>	0,9992	1,0009	0,1753	5,7157
	<i>Enfermedad sistémica</i>	0,5913	0,8552	0,4831	1,5139
	<i>Estrato socioeconómico</i>	0,3637	1,8466	0,4915	6,9374
	<i>Tabaquismo</i>	0,1204	20,6719	0,4522	944,9430
	<i>Género</i>	0,1904	2,7789	0,6018	12,8323
	<i>Hábitos</i>	0,7445	0,9005	0,4796	1,6908
	<i>Piercing</i>	0,2272	5,12364	0,3614	72,6289
	<i>Seguridad social</i>	0,4059	0,69164	0,2898	1,6502
	<i>Tipo de cepillo</i>	0,1175	0,4042	0,1300	1,2564
	<i>Región de origen</i>	0,0287	0,5417	0,3128	0,9381

p<0,05, diferencias estadísticas significativas (factor de riesgo)

DISCUSION

La recesión gingival es una de las condiciones mucogingivales que se presenta con mayor frecuencia. Se incrementa después de la quinta década de la vida y es ocasionada por el desplazamiento del margen gingival apical a la unión amelocementaria; teniendo como resultado la exposición radicular. La recesión gingival genera consecuencias como hipersensibilidad dentinal, inflamación gingival, acumulo de biopelícula, la posterior formación de caries radicular, abrasión y comprometiendo el aspecto estético del paciente⁽¹⁶⁾.

Allbrit y colaboradores en 2012⁽⁵⁾ encontraron que la recesión gingival es una condición que puede afectar a grandes grupos de población, encontrándose valores que oscilan entre el 1% al 19% en pacientes menores de 20 años y desde el 58% al 75% en mayores de 30 años; dicha cifra puede alcanzar el 100% en mayores de 50 años.

En la investigación de Castañeda y colaboradores en 2014⁽¹⁷⁾, la prevalencia de esta condición en una población universitaria colombiana fue de 3,71%; cifra que controvierte los resultados de esta investigación donde la prevalencia de la recesión gingival se presentó en el 95,7% de los pacientes incluidos y mostrando con mayor frecuencia recesión tipo III (41,1%). Estos resultados son comparables con los expuestos por Bracho y cols en 2008⁽¹⁸⁾ quienes reportan una prevalencia de recesión gingival de 86,9% en la población evaluada que evaluaron; aunque el grupo estaba conformado por un grupo de pacientes con características especiales: adolescentes wayúu, donde se reportó acceso limitado a los servicios de salud, el bajo grado de instrucción, vulnerabilidad económica y condiciones sanitarias inadecuadas; tales condiciones justificaron la alta cifra de recesión reportada por estos investigadores. Por otra parte los resultados de la investigación de Beltran y cols en 2013⁽¹⁹⁾, se aproxima a los reportados en la presente investigación, al encontrar una prevalencia de recesiones del

92,38% con 530 dientes afectados en un total de 105 pacientes; donde el tipo de recesión más frecuente, según Miller fue la clase II (34,94%), seguido por los tipos III, I y IV. Cabe resaltar que en esta investigación se incluyeron 211 pacientes con un total de 4450 dientes, de los cuales 562 presentaban algún tipo de recesión, lo que indica un promedio de 3 dientes por persona, mientras en la investigación de Beltrán y cols este promedio es de 5 dientes, ⁽¹⁹⁾.

La recesión gingival se relaciona con diversos factores, incluyendo, el componente genético y ambiental, propios del individuo ^(6,7). Haciendo referencia a éstos, la edad es un factor relevante que influye de manera directa sobre el comportamiento de la recesión, como reportaron Castañeda y cols en 2014⁽¹⁷⁾ quienes evidenciaron que a medida que aumentaba la edad, incrementaba la presencia de esta condición [OR= 1,29, IC 95% = 1,17-1,44]. Igualmente Murray y col en 1999⁽⁹⁾ encontraron que entre los individuos evaluado de 1884 adultos, en cada grupo de dientes, la recesión gingival incrementaba sostenidamente con la edad. En la investigación de Beltrán y cols⁽¹⁹⁾ se reporta que en el rango de 18-34 años se observó una prevalencia de 82,22% y desde los 35 años aumentó al 100%; mostrando la asociación entre la prevalencia de recesiones gingivales y el aumento de la edad ($p=0.001$). En el caso de esta investigación, la edad entre 41 y 50 años se presentó como un factor asociado para la presencia de recesiones gingivales tipo III ($p=0,0128$).

Respecto al género como factor asociado, Castañeda y cols en 2014⁽¹⁷⁾ reportaron la asociación de éste con las recesiones gingivales, encontrando que las mujeres fueron las menos

vulnerables a presentar recesión gingival [OR= 0,62, IC 95% = 0,37-1,04]. Beltrán y cols⁽¹⁹⁾ al hacer referencia a esta variable, manifiestan que hubo similitud en los distintos patrones morfológicos de la recesión en ambos sexos; lo que podría ser el caso presentado en esta investigación dado que el género no fue determinante en la presencia de recesiones ($p>0,05$).

Otro factor de riesgo en la aparición de recesiones gingivales, reportado por las investigaciones, es el cepillado dental traumático como sugieren Khocht y col. en 2009⁽²⁰⁾, al manifestar, que si bien el cepillado de los dientes es relevante para la salud de la unidad dentogingival, realizarlo de forma traumática, puede causar recesión gingival, con tendencia a ser más frecuente y severa en pacientes con encía comparativamente sana, con control de biopelícula e higiene oral adecuada ⁽²⁰⁾. En los pacientes incluidos en esta investigación, el cepillado dental fue realizado con cepillos de cerdas duras (54,5%), con una frecuencia de 2 veces diarias de cepillado (40,3%) y sólo un 9% cepillándose de manera traumática los dientes; tales condiciones no se presentaron como factores asociados para la presencia de recesiones gingivales ($p>0,05$), se evidencia que hábitos inadecuados de higiene oral, como el cepillado traumático sumado al uso de cepillos dentales de cerdas duras, pueden llegar a estar estrechamente relacionados con la aparición de la recesión gingival.

Existen otros factores relacionados con la recesión gingival, uno de ellos es el tabaquismo; pues se ha evidenciado que dicha sustancia tiene un efecto tóxico en el periodonto e incrementa la proporción de bacterias anaeróbicas en la biopelícula lo que conlleva a un aumento en los niveles de algunos

patógenos periodontales; tales condiciones desencadenan, entre otras, las recesiones gingivales alcanzando a afectar cerca de una tercera parte de los fumadores⁽²¹⁾; dicha cifra es corroborada en la investigación de Susin y cols en el 2014⁽⁷⁾ quienes manifiestan que los fumadores tienden a presentar mayor prevalencia de recesiones; la literatura revela que el fumador presenta 5 a 6 veces más posibilidad de desarrollar enfermedad periodontal y como consecuencia, la destrucción ósea, por lo que la recesión gingival es significativa⁽²²⁻²⁷⁾. En esta investigación sin embargo, el hábito de fumar no fue un factor desencadenante de esta condición ($p>0,05$), aunque en la recesión Tipo II de Miller se obtuvo una diferencia estadística de $p=0,0643$ que valdría la pena analizar más a profundidad.

Un factor que resultó decisivo ante la presencia de recesiones gingivales es el uso de elementos metálicos en la cavidad oral. En este ámbito, la influencia del piercing, en cuanto a la presencia de recesiones gingivales fue considerada por Slutzkey en 2008⁽²¹⁾, quienes encontraron que el uso de piercing oral asociado a una higiene bucal inadecuada, aumentaba la prevalencia de recesión gingival; en los adolescentes portadores de piercing oral, la cifra alcanzó el 79,2%. Resultados similares se presentaron en esta investigación pues el uso del piercing influyó ante la presencia de recesiones tipo II ($p=0,01$).

Finalmente, la literatura⁽²⁰⁾ reporta que hábitos tales como, uso de palillos y la onicofagia, favorecen la aparición de las recesiones; postulado que fue corroborado en esta investigación donde este tipo de hábitos se presentaron como un factor de riesgo para la presencia de recesiones gingivales tipo II ($p=0,0243$).

CONCLUSIONES

En esta investigación se estimó una prevalencia de recesiones gingivales, que supera el 90% de pacientes con esta condición.

Al considerar las asociaciones se estableció la influencia directa de varios factores asociados en el desarrollo de las recesiones gingivales, destacándose la presencia piercings. En la población analizada en el presente estudio el uso de accesorios metálicos influyó en la aparición de recesiones gingivales.

Otros factores de riesgo desencadenantes de la recesión gingival identificada en el grupo de estudio fueron los hábitos parafuncionales, destacándose hábitos la onicofagia y el empleo palillos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wennström J, Piniprato GP. Terapia mucogingival. Tratado de periodoncia clínica e Implantológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999: 393-425.
2. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry 1985; 5:9–13.
3. Smith RG. Gingival recession: reappraisal of an enigmatic condition and a new index for monitoring. J Clin Periodontol 1997; 24: 201-205.
4. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. J Am Dent Assoc 2003; 134(2): 220-225.
5. Alldrit WA. Abnormal gingival form. Proc R Soc Med 2012; 61(2): 137-142.

6. Albandar JM, Kingman A. Gingival recession, gingival bleeding, and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. *J Periodontol* 1999; 70(1): 30-43.
7. Susin C, Haas AN, Oppermann RV. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. *J Periodontol* 2004; 75: 1377-1386.
8. Gorman WJ. Prevalence and etiology of gingival recession. *J Periodontol* 1967; 38: 316-322.
9. Murray JJ. Gingival recession in tooth types in high fluoride and low fluoride areas. *J Periodontal Res* 1999; 8: 243-251.
10. Mendonça JAG. Avaliação e análise das distâncias biológicas do periodonto mediante nova metodologia [tese de doutorado]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2001.
11. Wennström JL, Lindhe J, Sinclair F, Thilander B. Some periodontal tissue reactions to orthodontic tooth movement in monkeys. *J Clin Periodontol* 1987; 14(3): 121-129.
12. Bernimoulin J. P; Lusher B; Muhleman, H. R.: Coronally repositioned periodontal flap. *J. Clinical Periodontology* 1968; 36: 65.
13. Allen A. Use of a suraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. Rationale and technique. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1994; 14: 216-227.
14. Santarelli GA, Ciancaglieri F, Dinoi C, Ferraris S. Connective tissue grafting employing the tunnel technique: a case report of complete root coverage in the anterior maxilla. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2001; 21(1): 77-83.
15. Serino, G., Wennstrom, J.L., & Eneroth, L. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with high standard of oral hygiene. *J Clin Periodontol* 1994; 21: 57-63.
16. Miyasato, M., Crigger, M. & Egelberg, J. Gingival condition in areas of minimal and appreciable width of keratinized gingiva. *J Clin Periodontol* 1977; 4: 200-209.
17. Castañeda J. Recesiones gingivales en una población universitaria joven colombiana. Prevalencia y factores asociados. Tesis de Posgrado en Periodoncia. Universidad Nacional. Bogotá, 2014.
18. Bracho R, Hernández N, Montoya C. Recesión gingival visible: su prevalencia en adolescentes wayúu. *Ciencia Odontológica* 2008; 5(2): 112-118.
19. Beltrán V, Annega F, Morphological patterns of gingival recession in adult chilean population. *Int. J. Morphol.* 2013; 31(4): 1365-1370.
20. Khocht A, Simon G, Person P, Denepitiya JL. Gingival recession in relation to history of hard toothbrush use. *J Periodontol* 2009; 64: 900-5.
21. Slutzkey S, Levin L. Piercing and Oral Health Status and Risk Factors of Gingival Recession. *Odous Scientific* 2008; 9(2): 27-32.
22. Koushyar KJ, Hernández A. Tabaquismo: factor de riesgo para enfermedad periodontal. *Rev ADM* 2010; LXVII(3): 101-113.
23. Rojas JP, Rojas LA, Hidalgo R. Tabaquismo y su efecto en los tejidos periodontales. *Rev. Clin. Periodoncia*

Implantol. Rehabil. Oral 2014; 7(2): 108-113.

24. Traviesas EM, Márquez D, Rodríguez R, Rodríguez J, Bordón D. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones. Rev Cubana Estomatol 2011; 48(3): 257-267.
25. Banihashemrad SA, Fatemi K, Najafi MH. Effect of Smoking on Gingival Recession. Dent Res J 2008; 5(1):1-4
26. Reino D, et al. Treatment of gingival recessions in heavy smokers using two surgical techniques: a controlled clinical trial. Braz Dent J 2012; 23(1): 59-67
27. Chrysanthakopoulos NA. Gingival recession and smoking in young adults: a cross-sectional survey. J Periodontol Implant Dent 2010; 2(2):77-82

