



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**RECESIONES GINGIVALES OCASIONADAS POR TRAUMA OCLUSAL  
TRATADAS CON INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO DEL PALADAR**

**Autor (es):**

Mariangel C. Olivieri R.

C.I.V-30.741.625

José A. Olivieri H.

C.I.V-29.912.431

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego

Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA**



**RECESIONES GINGIVALES OCASIONADAS POR TRAUMA OCLUSAL  
TRATADAS CON INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO DEL PALADAR**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de ODON-  
TOLOGO

**Autor (es):**

Mariangel C. Olivieri R.

C.I.V-30.741.625

José A. Olivieri H.

C.I.V-29.912.431

Tutor(a): Od. Elizabeth Villasana

C.I.V-24.300.679

San Diego, Junio 2023



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

Mediante la presente hago constar que he leído el Proyecto, elaborado por los ciudadanos **Mariangel olivieri** y **José olivieri**, titulares de la cédula de identidad N° V. **30.741.625** y **V.29.912.431**, respectivamente, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **RECESIONES GINGIVALES OCASIONADAS POR TRAUMA OCLUSAL TRATADAS CON INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO DEL PALADAR**, adscrito a la línea de investigación: **ODONTOLOGÍA CLÍNICA Y CORRECTIVA**, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto y de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.  
En San Diego, a los 2 días del mes de noviembre del año dos mil veintidós

  
Firma autógrafa  
Od. Elizabeth Villasana  
CI V- 24.300.619



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN  
PÚBLICA DEL TRABAJO DE GRADO**

Quien suscribe **Elizabeth Villasana**, portador de la cédula de identidad N° 24.300.619, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por los ciudadanos **Mariangel Olivieri** y **Jose Olivieri**, portadores de la cédula de identidad N° V-30.741.625 y V-29.912.431, titulado **RECESIONES GINGIVALES OCASIONADAS POR TRAUMA OCLUSAL TRATADAS CON INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO DEL PALADAR**, presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 29 días del mes de mayo del año dos mil veintitres

Firma autógrafa  
Od. Elizabeth Villasana  
CI V- 24.300.619




REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



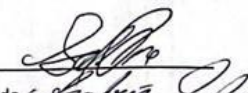
### ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO


El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "RECESIONES GINGIVALES OCASIONADAS POR TRAUMA OCLUSAL TRATADAS CON INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO DEL PALADAR", realizado por los ciudadanos José Alejandro Olivieri y Mariangel Olivieri, titulares de la cédula de identidad v-29912431 y v-30741625, respectivamente. Cursantes de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar que después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su **aprobación**.

En San Diego, a los veintisiete días del mes de junio del año dos mil veintitrés

  
Jurado  
Nombre: Ivette Gómez  
C.I.: 9436559



  
Jurado  
Nombre: Anderson Saldaña  
C.I.: 26749902

  
Tutor Académico:  
Nombre: Elizabeth Villasana  
C.I.: 24300674

## DEDICATORIA

Dedico principalmente esta investigación a Dios por haberme dado la oportunidad de llegar a esta etapa de mi vida y por siempre acompañarme en los momentos donde pensaba que ya no podía más, iluminarme y cuidarme durante todo este proceso.

A mi madre Naillet Rodríguez por ser mi paciente, mi compañera y mi soporte a lo largo de todos estos años, por darme fuerzas e impulsarme cuando estaba lejos y por siempre ayudarme cuando tenía la oportunidad de hacerlo. Gracias de todo corazón mamá.

A mi padre Amauris Olivieri por permitirme estudiar la carrera que yo soñaba solo por hacerme feliz y una mujer exitosa en mi futuro, gracias por nunca rendirte cuando parecía que ya no podías más.

A mi abuela Telmira Pérez por ser mi pilar, por ayudarme durante toda la carrera, por tus consejos, por siempre preocuparte de que culminara con éxitos mis estudios y por siempre estar para mí cuando más te necesitaba.

A mis hermanos Amauri Jr. Olivieri por estar para mí ayudándome a conseguir la mejor opción para mi futuro desde el día 1 y por cada uno de tus consejos.

Monica Olivieri por ser un ejemplo a seguir, por ser odontólogo como tú y por tus muchísimos consejos sobre toda la carrera.

Alejandro Olivieri, por ser mi compañero desde el día uno y por emprender conmigo esta aventura, por compartir conmigo la pasión por el tema de nuestra investigación y por ser mi protector, gracias a ti nunca estuve sola.

Maibelys Olivieri, por siempre estar cuando sentía que no podía más y me ayudabas a dibujar, cuando me buscabas en la universidad y por siempre interesarte cuando te hablaba de las cosas que aprendía, sé que al igual que nosotros serás una excelente profesional y posiblemente futura colega.

A Eduin pico, quien desde el primer semestre fue mi amigo y compañero, hoy somos más que eso, gracias por tu amor por apoyarme, darme ese abrazo fuerte cuando sentía que me desvanecía o que los problemas eran más grandes que yo, por siempre confiar en mí y por ser mi compañero no solo de profesión si no de este largo camino que estamos emprendiendo juntos.

A mi compañera Ana María García por siempre estar conmigo en cada clínica y superar conmigo cada adversidad que se nos presentaba, por siempre tener paciencia y por siempre saber que palabras decir para arreglar los momentos complicados.

A mi tutora Elizabeth Villasana, por siempre confiar en nosotros y por estar en los momentos más importantes de toda la carrera, por los consejos, por siempre ser tan cariñosa y por sus ganas de nutrirnos siempre mucho más de información.

A la profesora Mariangelica por apoyarme en el momento más duro que pase en la universidad, al Dr. Rodrigo pino por siempre brindar un abrazo y secar las lágrimas en los momentos difíciles, a la profesora Vanessa Gómez por ser siempre tan amable, cariñosa y bondadosa.

A mi amiga Danielys Polanco por siempre creer en mí, por su apoyo, por siempre estar para mí, por cada mensaje motivándome a continuar y cumplir con mis sueños. Para finalizar a todos mis familiares que siempre creyeron en mí y amistades que me apoyaron desde el comienzo de esta aventura que hoy ya es una realidad.

**Mariangel Olivieri.**

## ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	pp.
<b>Páginas Preliminares</b>	ii
Resumen Informativo	x
Informative Summary	xi
Introducción	1
<b>CAPÍTULO I EL PROBLEMA</b>	
1.1 Planteamiento del problema	4
1.1.2 Formulación del problema	6
1.2 Objetivos	7
1.2.1 Objetivo general	7
1.2.2 Objetivos específicos	7
1.3 Justificación	7
<b>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes de la investigación	9
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Bases legales	20
2.4 Definición de términos	22
<b>CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1 Tipo de investigación	24
3.2 Nivel de profundidad	24
3.3 Diseño de la investigación	24
3.3.1 Estrategias para la búsqueda de la información	25
3.3.2 Instrumento de recolección de datos	26
3.3.3 Análisis de contenido	27
<b>CAPÍTULO IV ANÁLISIS CRÍTICO</b>	28
<b>CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
Conclusiones	37
Recomendaciones	38
<b>REFERENCIAS</b>	39



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**RECESIONES GINGIVALES OCASIONADAS POR TRAUMA OCLUSAL  
TRATADAS CON INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO DEL PALADAR  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autor(es): Mariangel del Carmen Olivieri Rodríguez

José Alejandro Hernández

Tutor(a): Od. Elizabeth Villasana

Línea de investigación: odontología clínica y correctiva

Fecha: Junio, 2023.

**RESUMEN INFORMATIVO**

**Introducción:** La recesión gingival es una alteración en la que se produce un desplazamiento del margen gingival, apical a la unión cemento esmalte, con exposición de la superficie radicular. Es un problema oral muy frecuente que afecta al 50% de la población entre los 18 y los 64 años. La corrección de los problemas mucogingivales constituye uno de los objetivos principales de la cirugía plástica periodontal y uno de estos problemas es la recesión gingival (RG). Tomando en cuenta el planteamiento anterior a través de una revisión bibliográfica surge la siguiente interrogante: ¿El tratamiento quirúrgico de injerto con tejido conectivo del paladar es el tratamiento adecuado para las recesiones gingivales ocasionadas por trauma oclusal?. Por tal motivo, la investigación tuvo el **objetivo** de analizar el tratamiento quirúrgico con injerto de tejido conectivo del paladar para las recesiones gingivales ocasionadas por trauma oclusal, a través de una revisión bibliográfica de los últimos 5 años. **Metodología:** La metodología se basó en una investigación de tipo documental con un nivel de profundidad tipo descriptivo y con diseño basado en las revisiones críticas del estado del conocimiento. En el procedimiento metodológico se usaron diferentes fuentes de información extraídas de bases de datos empleando diferentes descriptores, resultando 18 artículos para su evaluación. **Conclusión:** Se concluyó que la terapia más eficaz en cuanto a cobertura radicular y estética para recesiones gingivales es la realización de un colgajo de avance coronal con injerto de tejido conectivo, pues ofrece el resultado clínico más óptimo.

**Descriptores:** recesiones gingivales, trauma oclusal, injerto de tejido conectivo, cirugía periodontal, tratamientos para la RG.



**BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA**  
**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**  
**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
**SCHOOL OF DENTISTRY**



**GINGIVAL RECESSIONS CAUSED BY OCCLUSAL TRAUMA TREATED WITH A CONNECTIVE TISSUE GRAFT FROM THE PALATE**

Authors: Mariangel del Carmen Olivieri Rodríguez

José Alejandro Olivieri Hernández

Tutor: Od. Elizabeth Villasana

Line of research: clinical and corrective dentistry

Date: June, 2023

**ABSTRACT**

**Introduction:** Gingival recession is an alteration in which a displacement of the gingival margin occurs, apical to the cemento-enamel junction, with exposure of the root surface. It is a very common oral problem that affects 50% of the population between 18 and 64 years of age. The correction of mucogingival problems is one of the main objectives of periodontal plastic surgery and one of these problems is gingival recession (RG). Taking into account the previous approach through a bibliographical review, the following question arises: Is the surgical treatment of grafting with connective tissue of the palate the appropriate treatment for gingival recessions caused by occlusal trauma? For this reason, the research had the **objective** of analyzing the surgical treatment with connective tissue graft of the palate for gingival recessions caused by occlusal trauma, through a bibliographic review of the last 5 years. **Methodology:** The methodology was based on documentary-type research with a descriptive level of depth and with a design based on critical reviews of the state of knowledge. In the methodological procedure, different sources of information extracted from databases using different descriptors were used, resulting in 18 articles for evaluation. **Conclusion:** It was concluded that the most effective therapy in terms of root coverage and aesthetics for gingival recessions is the realization of a coronally advanced flap with connective tissue graft, as it offers the most optimal clinical result.

**Descriptors:** gingival recessions, occlusal trauma, connective tissue graft, periodontal surgery, RG treatments, gingival recessions, occlusal trauma, connective tissue graft.

## INTRODUCCIÓN

La recesión gingival es una condición basada en el desplazamiento del margen gingival que afecta a la superficie radicular exponiéndola al ambiente bucal. La misma deriva consecuencias como hipersensibilidad dental, hoy caries y lesiones no cariosas, sangrados gingival y retención de placa bacteriana. Al mirar la encía libre se genera una pérdida de encía adherida la cual sí es severa puede causar dolor a la masticación o durante el cepillado diario, hoy provocando así malestar general al sujeto y favoreciendo la acumulación de placa bacteriana.

Su etiología está determinada por factores predisponentes y desencadenantes. entre los factores predisponentes pueden ser anatómicos y asociados al trauma oclusal, mientras que los factores desencadenantes abarcan inflamación, cepillado traumático, hola laceración gingival, iatrogenia, márgenes subgingivales, diseño inadecuado de aparatología removible y movimientos ortodónticos no controlados. Es por ello que el tratamiento inicial para los pacientes con recesión gingival debe ser dirigido a corregir los factores etiológicos presentes.

Además de la corrección de dichos factores también existe una variedad de procedimientos que pueden ser utilizados para el tratamiento de recesiones gingivales, entre ellos los de carácter quirúrgico indicados para la obtención de estética, disminución de sensibilidad radicular y evitar la recesión gingival progresiva. el injerto de tejido conectivo por el recubrimiento radicular viene siendo un método eficiente como tratamiento. El éxito de dicho tratamiento

dependerá de la clasificación, localización de la recesión gingival y en la técnica empleada. hoy siempre resaltando la importancia del completo y exhaustivo llenado de historia clínica, anamnesis y un detallado examen clínico.

El objetivo de esta investigación es analizar el tratamiento quirúrgico con injerto de tejido conectivo del paladar para las recesiones gingivales ocasionadas por trauma oclusal.

La metodología de este proyecto es la revisión bibliografía de artículos científicos especializados, seleccionados de buscadores como Scielo, Pubmed, Medline, SESPO y Google académico.

El presente trabajo de titulación se compone de cuatro capítulos:

Capítulo 1 Problema, es en el que se formula la pregunta científica permitiendo investigar sobre, el tratamiento quirúrgico con injerto de tejido conectivo del paladar para las recesiones gingivales ocasionadas por trauma oclusal.

Capítulo 2 Marco teórico revisión bibliográfica sobre estudios en el campo odontológico y resultados de investigaciones que se han realizado. También tenemos la fundamentación científica o teórica, donde se sustentan los conceptos de acuerdo con las variables de la investigación.

Capítulo 3 Metodología, el enfoque de la investigación, el diseño, los métodos, técnicas, instrumentos, procedimiento y el análisis de los resultados de la investigación.

Capítulo IV se presentan los resultados obtenidos en la investigación.

Para finalizar, en el Capítulo V se exponen las conclusiones y recomendaciones.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del Problema.**

La recesión gingival (RG) es definida como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte (LAC), con la exposición de la superficie radicular al ambiente oral. Es una condición antiestética, con posibles consecuencias como hipersensibilidad dental, caries y lesiones no cariosas, sangrado gingival y retención de placa bacteriana. Al migrar la encía libre se genera una pérdida de encía adherida la cual si es severa puede causar dolor en función de masticación o durante el cepillado, provocando malestar al sujeto y favoreciendo la acumulación de placa bacteriana (1).

Al menos tres tipos de recesiones gingivales pueden considerarse: recesiones asociadas a factores mecánicos, predominantemente técnicas de cepillado inadecuadas, frenillos traccionantes y factores iatrogénicos, recesiones asociadas a lesiones inflamatorias inducidas por placa bacteriana, en casos de dehiscencias asociadas a periodonto delgado y en casos de dientes en malposición, y recesiones asociadas a formas generalizadas de enfermedad periodontal destructiva (2).

Su etiología está determinada por una serie de factores predisponentes y desencadenantes. Los factores predisponentes pueden ser anatómicos y asociados

a trauma oclusal y los factores desencadenantes abarcan inflamación, cepillado traumático, laceración gingival, iatrogenia, márgenes subgingivales, diseño inadecuado de aparatología removible y movimientos ortodónticos no controlados (2).

Por otra parte, la detección de la RG en pacientes ha sido estudiada considerando distintos parámetros, siendo la forma más sencilla y de rigor la medición de la distancia entre el margen gingival y el LAC estableciéndose como mínimo 1 mm de desplazamiento para considerarla como presente. Los principales factores etiológicos son la inflamación inducida por placa bacteriana y la abrasión mecánica (1).

Asimismo, el manejo de las recesiones gingivales y sus secuelas se basan en una evaluación detallada de los factores etiológicos y el grado de daño en los tejidos adyacentes. El tratamiento inicial de los pacientes con recesión gingival debe ser dirigido a corregir el o los factores etiológicos. Existen varios procedimientos quirúrgicos tales como injertos pediculados, injertos gingivales libres, injertos de tejido conectivo subepitelial (ITCS), técnica en «sobre» o «túnel», regeneración tisular guiada utilizando membranas sintéticas y el uso de matriz dérmica acelular han

sido reportados para disminuir la profundidad de la recesión gingival, aumentar la inserción clínica y el ancho de tejido queratinizado (3).

Igualmente, existe una gran variedad de procedimientos que pueden ser utilizados para el tratamiento de recesiones gingivales; siendo los quirúrgicos indicados para la obtención de estética, disminución de sensibilidad radicular y evitar la recesión gingival progresiva. Entre estos, el injerto de tejido conectivo para el recubrimiento radicular viene siendo considerado un método eficiente. Tratándose de recesiones gingivales es de extrema importancia identificar el factor etiológico previamente a la realización de cualquier tratamiento curativo, así se tiene mayor posibilidad de escoger el tratamiento más adecuado, por lo que evitaremos una reincidencia de la lesión. El éxito del recubrimiento radicular está también en la dependencia de la clasificación, localización de la recesión gingival y en la técnica empleada. Resaltando la importancia de una completa anamnesis y un detallado examen clínico (4).

Por tal motivo, la presente investigación tiene el objeto de analizar el tratamiento quirúrgico con injerto de tejido conectivo del paladar para las recesiones gingivales ocasionadas por trauma oclusal tratamiento a través de una revisión bibliográfica de los últimos 5 años, siendo una información actualizada relevante en el campo de la Odontología.

## **Formulación del Problema.**

Tomando en cuenta el planteamiento anterior a través de una revisión bibliográfica surge la siguiente interrogante: ¿El tratamiento quirúrgico de injerto con tejido conectivo del paladar es el tratamiento adecuado para las recesiones gingivales ocasionadas por trauma oclusal?

### **1.2 Objetivos de la investigación**

#### **1.2.1 Objetivo General**

Analizar el tratamiento quirúrgico con injerto de tejido conectivo del paladar para las recesiones gingivales ocasionadas por trauma oclusal.

#### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Identificar el factor etiológico de la recesión gingival para escoger el tratamiento más adecuado.
- Describir la técnica quirúrgica de injerto de tejido conectivo del paladar para las recesiones gingivales.
- Comparar la efectividad de la técnica quirúrgica de injerto con otras técnicas utilizadas en el tratamiento de las recesiones gingivales.

### **1.3 Justificación**

La presente investigación documental tiene como propósito analizar el tratamiento quirúrgico con injerto de tejido conectivo del paladar para las recesiones gingivales

ocasionadas por trauma oclusal, través de una revisión bibliográfica de los últimos 5 años, por lo tanto, sirve como aporte teórico relevante para el campo de investigación de la cirugía plástica periodontal debido a que es una alternativa para recubrir las superficies radiculares expuestas por recesiones gingivales, devolviendo así la estética y manteniendo la dentición completamente funcional durante la vida del paciente.

Metodológicamente, el presente estudio forma parte de la Facultad de Ciencias de la Salud, en la escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez (UJAP), por lo cual la investigación podrá ser utilizada como apoyo para futuras investigaciones que estén relacionadas al tema abordado al brindarles información actualizada.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes de la Investigación**

Se tomó en cuenta como criterio para la organización de los antecedentes de la investigación su año de publicación, ordenando los desde el más antiguo al más reciente:

Morales (2021), realizó una investigación con el objetivo de Determinar la asociación entre trauma oclusal y tipo de recesión gingival en pacientes atendidos en la clínica odontológica ecodental, y se llevó a cabo mediante un estudio observacional, transversal, en 108 pacientes, evaluándose indicadores clínicos para la presencia de trauma oclusal; tales como: facetas de desgaste, dolor a la percusión, movilidad dental, contacto prematuro, interferencia oclusal. Determinándose la recesión gingival mediante intensidad según miller; clase I, II, III, IV; los datos obtenidos se analizaron mediante la prueba de chi cuadrado y el test exacto de fisher. Los datos recolectados evidenciaron presencia de trauma oclusal en el 51,9% de los pacientes evaluados asociado a presencia de facetas de desgaste, movilidad dental y contacto prematuro, en cuanto a la frecuencia de recesión gingival y sus tipos con un total de 75,0%, siendo la más prevalente la clase I con un 39,8% ; en los resultados de asociación entre trauma oclusal y recesión gingival el 51.90% de pacientes que presentaron trauma oclusal tuvieron recesión gingival; mientras que en asociación entre trauma

oclusal y el tipo de recesión gingival el 33,30% y 23,50% de pacientes que presentaron trauma oclusal tuvieron una recesión miller II y miller I; respectivamente (5).

Molina (2021), realizó una investigación científica con el objetivo de Establecer el diagnóstico y tratamiento según las características de las recesiones gingivales. El estudio se realizó bajo una revisión sistemática de tipo descriptivo, documental y retrospectivo de método deductivo, con la recolección de artículos científicos en español e inglés a través de los buscadores, PubMed, Google Académico, Scielo y Periodontology 2000. Esta revisión establece que un diagnóstico completo incluye: determinar la etiología de la enfermedad, darle un diagnóstico diferencial y clasificarla para a partir de aquí establecer un diagnóstico no quirúrgico o quirúrgico. El saber diagnosticar la recesión gingival hará que se pueda detectar de forma temprana disminuyendo los riesgos a futuros y pudiendo ser controlada con tratamientos mínimamente invasivos (6).

Panchi (2021), realizó una investigación científica con el objetivo de Evaluar la eficacia en el recubrimiento radicular de recesiones gingivales localizadas clase I y II según Miller mediante cirugía periodontal usando injertos de tejido conectivo reportada en la literatura científica del 2015 al 2020. De la búsqueda en la base de datos PubMed se obtuvieron 364 artículos, tras verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión 47 artículos fueron analizados por completo. Obteniendo como resultados que el uso de CAF+CTG permite conseguir un

recubrimiento de 100% sobre las superficies radiculares expuestas a causa de RG, mostrando además un evidente éxito de la LPF+CTG con 95% de cobertura total de la superficie radicular, sin evidencias de diferencias significativas en el uso de las técnicas analizadas. La eficacia de la cobertura radicular en recesiones gingivales clase I y II según Miller es atribuida al uso de injertos de tejido conectivo combinados con un adecuado colgajo que permita la correcta irrigación del injerto (7).

Jaramillo (2022), realizó una investigación científica teniendo como objetivo estudiar el uso del injerto de tejido conectivo como tratamiento en las recesiones gingivales, este tratamiento quirúrgico permite eliminar la presencia de hipersensibilidad, evitar la aparición de caries radicular, mejorar el contorno gingival y de igual forma recuperar la estética del paciente, mediante una investigación cualitativa, exploratoria enfocada en investigar los beneficios de la aplicación de la cirugía mucogingival y las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas y así mismo sus resultados en el recubrimiento de las recesiones gingivales, la corrección de los defectos morfológicos, la posición y dimensión del tejido periodontal mediante fuentes de información. Se realizó un análisis de todos los factores asociados al origen de esta patología periodontal, las técnicas de recolección de tejido conectivo y de igual forma las técnicas de preparación del lecho receptor, se estableció cuando está indicado el uso de este tratamiento concluyendo que es el que proporciona mejor recubrimiento radicular y un aumento de tejido queratinizado (8).

Castillo (2022), realizó una investigación científica con el objetivo de Describir protocolo para el tratamiento de recesiones gingivales en dientes naturales mediante el uso de injerto de tejido conectivo. Con una metodología analítica sintética, además, de una técnica bibliográfica, el instrumento en el que se basa el trabajo es una ficha de recolección de datos donde se registran los artículos revisados. Obteniendo como resultados que la utilización del injerto de tejido conectivo como un método quirúrgico para tratar las recesiones gingivales ha demostrado su eficacia a lo largo del tiempo. Su uso conjunto con técnicas de colgajo brinda resultados satisfactorios y predecibles en cuanto a cobertura, ancho de encía y ganancia de tejido queratinizado a largo plazo. El tipo de clasificación utilizada es importante para la detección y registro de las recesiones gingivales, puesto que en base a esto se crea un plan de tratamiento para su resolución quirúrgica. El injerto de tejido conectivo sumado a las técnicas de colgajo a los que se les implementa un avance coronal son los que brindan mejores resultados actualmente (9).

Los antecedentes anteriormente expuestos, se vinculan con esta investigación ya que cada una de las investigaciones realizó estudios con respecto a las recesiones gingivales y sus distintos tratamientos, obteniendo resultados respecto al tema. Que nos orienta en la investigación a realizarse ya que nos sirve como apoyo para organizar la información del estudio y lograr obtener resultados actualizados en cuanto al tratamiento de las recesiones gingivales por trauma oclusal con injerto de tejido conectivo.

## **2.2 Bases Teóricas**

### **Recesión Gingival (RG)**

La recesión gingival es una alteración en la que se produce un desplazamiento del margen gingival, apical a la unión cemento esmalte, con exposición de la superficie radicular. La recesión gingival puede ser localizada o generalizada y estar asociada con una o más superficies dentales. Esto no solo trae consecuencias estéticas, si no que pueden derivar en otros problemas como: hipersensibilidad dental, caries radicular y en casos extremos la pérdida dentaria (10).

Esta alteración cuenta con una prevalencia variable, se reporta que en caso de recesiones  $\geq 1$  mm la prevalencia es de 50% en pacientes entre 18-64 años y de 88% para pacientes de 65 años o más, con mayor predisposición en casos masculinos que femeninos. Por lo que la recesión gingival se considera una alteración altamente prevalente en mundo. Es importante destacar que la prevalencia de esta alteración es de 54.2% en el maxilar inferior, siendo las zonas vestibulares en posterior las más afectadas (11).

A la hora de tratar una recesión gingival, se debe primero poder clasificarla. De esta manera se podrá llegar a un tratamiento más conveniente. Para este fin se han ido desarrollando múltiples sistemas de clasificación a través de los años, contando con las siguientes clasificaciones:

- En 1968, Sullivan y Atkins clasificaron los defectos de los tejidos blandos en los incisivos mandibulares en cuatro clases: "estrecho", "ancho", "poco profundo" y "profundo" (12).
- En 1973, Mlinek et al, dividieron las recesiones en defectos "poco profundos y estrechos" las recesiones <3 mm, mientras que los defectos "profundos" fueron recesiones > 3 mm (12).
- Luego la clasificación de Miller creada en 1985, que está dirigida a la extensión del daño y las posibilidades de cobertura de la recesión, se describen 4 clases de recesiones que son:
  1. **Clase I:** La recesión no sobrepasa la línea muco-gingival y no presenta de pérdida de hueso ni tejidos blandos en la zona interdental.
  2. **Clase II:** La recesión llega o excede la línea muco-gingival, no presenta pérdida de hueso ni tejido blando en la zona interdental.
  3. **Clase III:** La recesión llega hasta la línea muco-gingival o la sobrepasa. La pérdida de hueso o de tejido blando interdental es apical respecto a la unión amelocementaria, pero coronal respecto a la extensión apical de la recesión.
  4. **Clase IV:** La recesión sobrepasa la línea muco-gingival. La pérdida de hueso interproximal se localiza apical a la recesión (13).
- En 1997 Smith propuso la clasificación para evaluar la extensión vertical y horizontal del defecto. El grado de componente horizontal se expresó como un

valor que varía de 0 a 5 dependiendo de la severidad de la exposición de la unión cemento-esmalte, mientras que la extensión vertical de la recesión se midió en milímetros usando una sonda periodontal en un rango de 0–9 (12).

- En 2010, Mahajan propuso una modificación de la clasificación de Miller en cuatro clases:
  1. **Clase I:** defectos de recesión gingival que no se extienden a union muco-gingival
  2. **Clase II:** defectos de recesión gingival que se extienden a la union muco-ginigval o más allá.
  3. **Clase III:** defectos de recesión gingival con pérdida de hueso o tejido blando en el área interdental hasta un tercio cervical de las superficies de la raíz y mal posicionamiento de los dientes.
  4. **Clase IV:** defectos de recesión gingival con pérdida severa de hueso o tejido blando en el área interdental mayor que un tercio de la superficie de la raíz y mal posicionamiento severo de los dientes (12).
- Zerón en 2018 desarrollo una clasificación de las recesiones gingivales basada en la anatomía topográfica y la pérdida de inserción clínica interdental. Esta clasifica las recesiones de la siguiente manera:
  1. **RG tipo 1:** No presenta perdida de inserción interproximal. La unión cemento-esmalte interproximal no se detecta clínicamente en las caras mesial y distal del diente.

2. **RG tipo 2:** Esta asociada a pérdida de inserción interproximal. La cantidad de pérdida de inserción interproximal, es menor o igual a la pérdida de unión vestibular.
3. **RG tipo 3:** Presenta pérdida de inserción interproximal. La cantidad de pérdida de inserción interproximal es mayor que la pérdida de inserción vestibular (14).

## **Epidemiología**

La recesión gingival es un problema que afecta tanto a la población joven como la población adulta. Siendo un problema oral muy frecuente que afecta al 88% de los sujetos mayores de 65 años y al 50% de la población entre los 18 y los 64 años. La presencia y extensión de la recesión gingival aumenta con la edad (15).

Se ha demostrado que la edad es un indicador de riesgo fuerte para la aparición de recesiones en la muestra evaluada la mayor prevalencia de recesiones fue encontrada entre los 50-59 años, siendo menor la tasa en pacientes jóvenes (20-29 años). Esto puede explicarse por la experiencia acumulativa de pérdida de soporte periodontal y exposición a factores de riesgo durante la vida (16).

La prevalencia de recesiones gingivales en una muestra evaluada es elevada (94%), la extensión es medianamente alta (44%), siendo las piezas dentarias mandibulares las más afectadas; se encontraron asociaciones entre el género, el nivel de educación, el

estado socioeconómico, la frecuencia del cepillado, el movimiento del cepillado, las visitas dentales, la exposición al tabaco y el tratamiento ortodóncico previo; sin embargo, solo fueron significativos el género, el movimiento del cepillado y el tratamiento ortodóncico con respecto a la severidad de las recesiones gingivales (16).

## **Etiología**

Las recesiones gingivales son una patología con etiología multifactorial. Los factores etiológicos comunes son: factores locales, enfermedad periodontal, fuerzas mecánicas, iatrogénicas factores y factores anatómicos (17). Dependiendo de su origen se divide en factores predisponentes o desencadenantes:

- **Factores predisponentes:** Son aquellos que aumentan el desarrollo de recesiones gingivales. Afectarán al diente y a los tejidos periodontales del aparato de inserción, entre ellos se encuentran: edad, malposición dentaria, ausencia o disminución de encía queratinizada, Fenotipo gingival fino, frenillo aberrante, dehiscencias o fenestraciones óseas (18).
- **Factores desencadenantes:** Son aquellos que al tener conexión con el aumento del factor predisponente van a conllevar a la presencia de una recesión gingival; entre estos factores encontramos al cepillado traumático, inflamación relacionada con la placa, traumatismo oclusal, movimientos ortodoncicos inadecuados (18).

## **Tratamiento (Recubrimiento Radicular)**

El recubrimiento radicular se define como un conjunto de procedimientos que tiene como fin la corrección de defectos en la morfología, posición y/o cantidad de encía en torno a los dientes. Para lograr esto se cuenta con múltiples opciones de tratamiento (18).

## **Técnicas de Recubrimiento Radicular**

Para lograr un buen recubrimiento radicular y corregir los defectos muco-gingivales, se han propuesto varias técnicas de cirugía plástica periodontal y se dividen de la siguiente manera:

- **Autoinjertos pediculados:** colgajos rotacionales o desplazados coronalmente.  
Autoinjertos de tejidos blandos libres: gingival libre y tejido conectivo subepitelial.
- **Técnicas quirúrgicas basadas en regeneración tisular guiada (RTG):** con membranas reabsorbibles o no reabsorbibles.
- **Uso de Biomateriales:** Injerto dérmico acelular, Matriz de colágeno xenogénica, Proteínas derivadas del esmalte (18).

## **Tratamientos No Quirúrgicos para la RG**

La aparición de la recesión gingival no se presenta de forma aislada, se acompaña de algunas alteraciones indeseables. En el paciente, las más incómodas son las alteraciones estéticas, la hipersensibilidad dental y estos pacientes además presentan una poca resistencia cariogénica (19).

Antes de describir las técnicas quirúrgicas se debe establecer que no todos los pacientes son candidatos a tratamiento quirúrgico por la poca predisposición por parte de los mismos. Por lo que se debe conocer y seguir una guía de procedimientos no quirúrgicos para suplir también las necesidades de estos pacientes (19).

Es esencial saber distinguir en quienes se puede aplicar un tratamiento no quirúrgico. Un tratamiento no quirúrgico puede realizarse en recesiones que no generan inconformidades estéticas y que sean asintomáticas. El tratamiento de estas recesiones involucra principalmente en identificar el factor desencadenante, eliminarlo o disminuirlo y educar al paciente para lograr una estabilidad periodontal y evitar una recesión más extensa (20).

Como se ha descrito previamente lo primero que debemos identificar es la etiología de la recesión. Una vez identificada le haremos un adecuado diagnóstico diferencial y la clasificaremos según corresponda, para brindar una proyección completa del tratamiento a ofrecer así este no sea mediante una intervención quirúrgica.

## **Tratamientos Quirúrgicos para la RG**

El tratamiento quirúrgico para la recesión gingival entra en el grupo de la cirugía plástica periodontal la cual se define como un conjunto de técnicas quirúrgicas aplicadas para corregir y eliminar las alteraciones mucogingivales, del desarrollo o traumáticas, estas técnicas lo que buscan es lograr un equilibrio entre estética y funcionalidad (21).

El objetivo de estos procedimientos quirúrgicos periodontales es prevenir y corregir los defectos tanto de encía, mucosa alveolar y hueso. Entre estos procedimientos no solo se encuentran los de cobertura radicular, el termino de cirugía plástica periodontal también involucra aumento de tejido duro y blando, reconstrucción de papila, corrección de sonrisa gingival y alargamiento de corona, todos estos procedimientos son también llamados "la estética rosa" (22).

Previo a realizar una intervención quirúrgica se deben conocer las contraindicaciones que son:

- Pacientes con alteraciones sistémicas no controladas.
- Pacientes fumadores.
- En pacientes jóvenes es preferible esperar a que completen su desarrollo y erupción completa.

- Pacientes con una mala higiene oral y no comprometidos en cambiar este hábito.
- Pérdida de hueso interproximal.
- La intervención quirúrgica empezará cuando el paciente este comprometido, controlado sistémicamente y con una buena higiene oral (23).

### **2.3 Bases Legales**

Considerando la investigación presente y su contexto en lo legal, dentro de las leyes venezolanas, se hace constatar por medio del artículo 98 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999, el cual contempla que la creación cultural es libre. Esta libertad comprende el derecho a la inversión, producción y divulgación de la obra creativa, científica, tecnológica y humanística, incluyendo la protección legal de los derechos del autor o de la autora sobre sus obras. El Estado reconocerá y protegerá la propiedad intelectual sobre las obras científicas, literarias y artísticas, invenciones, innovaciones, denominaciones, patentes, marcas y lemas de acuerdo con las condiciones y excepciones que establezcan la ley y los tratados internacionales suscritos y ratificados por la República en esta materia (24).

De igual forma, se hace hincapié en el artículo 1 de la ley de derecho de autor, la cual expresa que las disposiciones de esta Ley protegen los derechos de los autores sobre

todas las obras del ingenio de carácter creador, ya sean de índole literaria, científica o artística, cualquiera sea su género, forma de expresión, mérito o destino (25).

Es importante tener en cuenta que el derecho de autor es aquel derecho que posee el autor (valga la redundancia) sobre sus creaciones, sean estas obras literarias, musicales, teatrales, artísticas, científicas o audiovisuales. Su interés en sí radica en resguardar la seguridad jurídica que le proporciona el certificado de registro al autor, ya que es el documento emitido por el ente competente en materia de Propiedad Intelectual que lo acredita como autor de la obra. Al mismo tiempo, se les garantiza a los autores la divulgación de sus obras, sin que haya algún tipo de plagio o acto de piratería (25).

#### **2.4 Definición de Términos**

- **Autoinjerto:** es la intervención quirúrgica en la que el receptor y el donante son el mismo individuo, es decir, aquella en la que el injerto se extrae y se implanta en el mismo sujeto.
- **Cirugía plástica periodontal:** es definida como los procedimientos quirúrgicos realizados para prevenir o corregir defectos anatómicos, evolutivos, traumáticos y patológicos de la encía, mucosa o hueso alveolar.
- **Etiología:** ciencia centrada en el estudio de la causalidad. En medicina, patogénesis se refiere al origen de las enfermedades.

- **Higiene bucodental:** es el cuidado de los dientes, las encías, la lengua y toda la cavidad bucal en general.
- **Interproximal:** espacio entre los dientes y que favorece el establecimiento y desarrollo de la placa bacteriana. La higiene bucodental diaria es fundamental para evitar la aparición de enfermedades orales.
- **Recesión gingival o de encías:** es aquella situación en donde el margen de la encía se aleja de la corona del diente.
- **Tejido conectivo:** es un grupo de células y fibras con diversas funciones, que varían de acuerdo al tipo de tejido, es decir, si es laxo, fibroso o especializado.
- **Trauma oclusal:** es el daño que produce cambios en los tejidos del aparato de inserción como resultado de las fuerzas oclusales, puede estar causado por inestabilidad oclusal (discrepancias oclusales, migraciones dentales), hábitos parafuncionales como bruxismo o ambas.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de Investigación**

El presente estudio fue de tipo documental ya que depende fundamentalmente de la información que se consulta en documentos, siendo un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas (26). La investigación, está adscrita a la línea de investigación Odontología Clínica y Correctiva.

#### **3.2 Nivel de la Investigación**

El siguiente estudio tuvo un nivel de tipo descriptivo, Arias expresa que, la investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento (27).

#### **3.3 Diseño de la Investigación**

El diseño de esta investigación estuvo basado en revisiones críticas del estado del conocimiento, que se basa en la integración, organización y evaluación de la

información teórica sobre un problema existente, debido a que busca la interpretación abierta de la información recolectada, en el contexto natural en el que ocurre el fenómeno, sin ser sometida a una medición numérica (28).

### **3.3.1 Métodos de búsqueda y técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para la búsqueda de la información se utilizó un método de rastreo, localización y adquisición de artículos originales publicados de manera electrónica. Se realizó búsquedas en Google usando bases de datos como Scielo y Scielo España (Biblioteca virtual que contiene una colección de revistas científicas Españolas de Ciencias de la Salud seleccionadas de acuerdo a unos criterios de calidad preestablecidos), Google Académico, PubMed, Medline, SESPO (Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral), DIALNET (Plataforma de recursos y servicios documentales).

En una primera oportunidad, se llevó a cabo la búsqueda sistemática de las investigaciones tomando en cuenta la vigencia de las mismas la cual estuvo comprendida en un lapso de tiempo entre el año 2019 al año actual 2023. También, se utilizan palabras clave en español y en inglés, tales como, recesiones gingivales, trauma oclusal, injerto de tejido conectivo, cirugía periodontal, tratamientos para la RG, *gingival recessions*, *occlusal trauma*, *connective tissue graft*. Obteniendo así todas las fuentes de información científica digital necesaria para lograr dar respuesta a los objetivos de la investigación.

De esta búsqueda se obtuvieron 50 publicaciones consultadas en internet y/o repositorios universitarios.

Luego de ser aplicados los criterios de inclusión y exclusión, se tomaron un total de 18 publicaciones relacionadas con los objetivos de la investigación de las cuales obtuvimos información de bases de datos científicas sobre el tratamiento de las recesiones gingivales ocasionadas por trauma oclusal con injerto de tejido conectivo del paladar.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Se procedió a la selección de los estudios siendo estos analizados, bajo una revisión del contenido tomando en consideración solo aquellos artículos que cumplieron con las características correspondientes a los criterios de inclusión y excluyendo así fuentes como artículos incompletos, artículos de opinión, divulgativos, libros y/o capítulos de libros y se seleccionaron los artículos de investigación publicados en revistas especializadas arbitradas e indexadas que están relacionados al tema de investigación y que han sido publicados en los últimos 5 años en idioma español o inglés.

### **3.3.2 Instrumentos de Recolección de Datos o Información.**

El instrumento que se utilizó en esta investigación para la recolección de datos o información son las fichas electrónicas para almacenamiento digital, dichas fichas son

instrumentos para plasmar los artículos que son de utilidad para responder a nuestra interrogante y lograr obtener los objetivos específicos (28).

### **3.3.3 Técnicas de Análisis crítico**

Los métodos y las técnicas de análisis utilizados para el desarrollo de la investigación se basaron en la organización, revisión y lectura de las fuentes documentales para luego realizar un análisis documental del contenido obtenido, interpretarlo y examinarlo basado en una discusión de los datos relacionados.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS CRÍTICO**

Los factores etiológicos en las recesiones gingivales son los elementos relevantes para diagnosticarla y posteriormente elegir el tratamiento adecuado para tratar al paciente con recesión gingival.

Se han descrito muchos factores relacionados con el desarrollo de la recesión gingival (especialmente en biotipo periodontal fino) como la presencia de placa, la cual conlleva a una inflamación del tejido gingival, el trauma por el cepillado dental (involucra principalmente a las superficies bucales), la presencia de enfermedad periodontal (afecta sobre todo a las superficies interproximales), la posición de los dientes (por trauma directo asociado con maloclusión clase II), determinados procedimientos ortodóncicos (desplazamiento bucal del diente) y tratamientos restauradores (29).

En las recesiones gingivales debido al trauma por el cepillado dental van a influir determinadas circunstancias: la duración, la fuerza aplicada y la técnica del cepillado, la frecuencia de recambio del cepillo dental y la dureza de las cerdas (29).

Además, de la presencia de cálculo supragingival, el tabaco se considera otro indicador significativo de riesgo de recesiones gingivales localizadas y múltiples. Asimismo, los factores morfológicos son determinantes en el desarrollo de la

recesión. Éstos en sincronía con otros agentes, pueden provocar cambios en el complejo mucogingival (29).

Po consiguiente, la recesión gingival es una condición de etiología multifactorial aunque su factor predominante es imposible de identificar. Sus factores predisponentes son aquellos que aumentan el riesgo de presentar recesiones como los frenillos, mal posición dentaria, biotipo periodontal delgado, fenestraciones, dehiscencias, espesor cortical ósea vestibular. También factores desencadenantes que pueden ser provocados como el traumatismo frente al cepillado dental enérgico, inserción aberrante del frenillo, daño oclusal, enfermedades inflamatorias de tejidos gingivoperiodontales, iatrogenias ocurridas por tratamientos protéticos y ortodónticos (30).

Todos los factores asociados a las recesiones periodontales deben ser considerados para su diagnóstico y planificación del tratamiento indicado (30).

Sumado a lo expuesto, se puede decir que la etiología es notablemente amplia e incluye diferentes variables clínicas, teniendo así, factores anatómicos, patológicos y fisiológicos (31).

Los factores anatómicos que han sido relacionados con las recesiones gingivales incluyen fenestración y dehiscencia del hueso alveolar, posición anormal del diente en el arco, erupción ectópica del diente y forma individual del diente. 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 (32).

Los factores patológicos comúnmente asociados con recesión gingival 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 de confusión potenciales como: presión, tiempo, tipo de cerdas y dentífrico. Estas recesiones se caracterizan con la aparición simultánea de lesiones cervicales no cariosas (abrasión). 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. Edad avanzada, género masculino, tabaquismo y alto porcentaje de cálculos también han sido factores significativamente asociados con la presencia de RG (33).

La presencia de cuerpos extraños también ha sido considerada como una posible causa de recesiones gingivales. Dentro de estos, el uso piercings linguales o labiales son los que han reportado la mayor prevalencia de aparición de recesiones gingivales. Por otro lado, la invasión del espacio biológico o presencia de márgenes inadecuados pueden ser causantes de recesiones gingivales. Asimismo, la instalación de restauraciones marginales o submarginales en piezas con escasa cantidad de encía queratinizada puede generar estas alteraciones en el tejido blando (32).

Es importante acotar que para el correcto diagnóstico de la recesión gingival se debe realizar una exhaustiva evaluación de las características clínicas de los tejidos adyacentes y tomar en cuenta todos los factores etiológicos que pueden desarrollar una recesión gingival, para así lograr con éxito los tratamientos de las recesiones gingivales. De igual forma, para la selección de una técnica u otra también se debe tomar en cuenta las características anatómicas de la localización de la lesión a tratar (33).

Por otra parte, la selección del procedimiento quirúrgico más adecuado se realiza siguiendo una serie de pasos en función de las siguientes situaciones: presencia de lesiones cervicales no cariosas, presencia de pérdida de inserción clínica interdental, con o sin pérdida de tejido blando interdental y presencia de desplazamiento hacia vestibular de las raíces. Asimismo, en la selección de la técnica quirúrgica influye la cantidad basal de tejido queratinizado apical a la raíz expuesta y el grosor gingival (34).

Este proceso de toma de decisiones para elegir el tratamiento más adecuado para los pacientes con recesión gingival tiene como principal objetivo el resultado estético tras el recubrimiento radicular.

Los diferentes procedimientos quirúrgicos encaminados en prevenir, corregir o eliminar deformidades anatómicas del desarrollo, traumáticas de la encía o la mucosa alveolar, han sido denominados en la actualidad *cirugía plástica periodontal*. Y la corrección de los problemas mucogingivales constituye uno de los objetivos

principales de la cirugía plástica periodontal y uno de estos problemas es la recesión gingival (RG) (33).

El tratamiento de recesiones con procedimientos de cirugía plástica periodontal para cobertura radicular ha sido constantemente investigado y evaluado como parte importante de la terapéutica en la periodoncia contemporánea (35).

Desde hace un par de décadas, la cobertura o cubrimiento radicular completo representa el principal objetivo de la cirugía plástica periodontal lo cual brinda al paciente resultados estéticos y correcciones funcionales como aumento de la banda de tejido queratinizado, disminución de la sensibilidad y protección a la abrasión cervical. La cobertura de las raíces denudadas es un procedimiento predecible y eficaz, generalmente con resultados altamente estéticos (35).

A lo largo de los últimos 30 años se han propuesto diferentes técnicas quirúrgicas con el objetivo de tratar tanto recesiones gingivales localizadas como múltiples, utilizando colgajos desplazados (coronal o lateralmente), injertos libres, técnicas bilaminares, o incluso procedimientos regenerativos mediante técnicas de regeneración tisular guiada o derivados de la matriz del esmalte (36).

El procedimiento más eficaz de cobertura radicular es la realización de un colgajo de avance coronal y un injerto de tejido conectivo, pues además de reducir la recesión gingival, aumenta el nivel de inserción y mejora la estética de los tejidos blandos,

proporcionando el resultado clínico más óptimo. Es por ello que muchos autores lo consideran el "gold estándar" en el tratamiento de las recesiones gingivales (37).

Por consiguiente, este procedimiento de recubrimiento radicular con un colgajo de avance coronal consiste en un desplazamiento coronal del tejido blando ubicado apicalmente a la recesión para cubrir la raíz expuesta con la adición de un injerto de tejido conectivo debajo del colgajo proporcionando resultados exitosos en cuanto a estética y cobertura radicular (38).

Una vez colocados los injertos sobre la superficie radicular y cicatrizados en su nueva posición, se logra una inserción de tejido conjuntivo sobre la raíz expuesta, que genera un epitelio de unión largo y una cantidad variable de inserción en la parte más apical de la lesión. Todo esto es garantizado por los nuevos fibroblastos, elementos vasculares provenientes de los tejidos vecinos, así como el grupo de fibras colágenas y elásticas trasplantadas, que garantizarán la estabilidad del injerto en el sitio (39).

Estudios recientes muestran la seguridad y predictibilidad del recubrimiento radicular mediante la realización de un colgajo de avance coronal y defienden que añadiendo un injerto de tejido conectivo aumenta la probabilidad de obtener una cobertura radicular completa en recesiones gingivales (37).

Además, el injerto gingival libre se considera el procedimiento más eficaz para aumentar el espesor gingival en zonas con una cantidad mínima de tejido

queratinizado. Sin embargo, la formación de tejido cicatricial en la zona donante y la discrepancia de color en la zona receptora pueden limitar su uso (37).

Con los años, se ha incrementado la exigencia de la población en cuanto a los resultados estéticos de los tratamientos dentales. Por ello, los procedimientos quirúrgicos se han vuelto más sofisticados, no solo para proporcionar un adecuado recubrimiento radicular, sino también para que la anatomía de los tejidos blandos de la zona quirúrgica sea lo más similar a la de los tejidos adyacentes (40).

Algunos estudios realizados tratan de establecer una clasificación de los procedimientos terapéuticos más eficaces para obtener una cobertura radicular adecuada en recesiones gingivales basada en el colgajo de avance coronal e injerto de tejido conectivo, pues es la terapia con mayor evidencia científica en comparación con otros diseños (41).

Y se incluyen tres terapias quirúrgicas: el colgajo de avance coronal, el colgajo de avance coronal con injerto de tejido conectivo y la técnica de túnel modificada (41).

La realización únicamente de un colgajo de avance coronal resulta ser menos efectivo que si le añadiésemos el injerto, pues diversos estudios demuestran que puede perder estabilidad con el tiempo ya que se producen cambios a nivel apical en el margen gingival. Sin embargo, la asociación con un injerto de tejido conectivo ha demostrado mantener la estabilidad a largo plazo, además de mejorar la estética, siendo más eficaz el recubrimiento radicular (42).

Otro procedimiento muy estudiado para tratar defectos gingivales es la técnica de túnel con injerto de tejido conectivo, la cual puede reducir significativamente la recesión gingival y la hipersensibilidad dentinaria asociada, además de conseguir una buena estética. Sin embargo, ha mostrado peores resultados que el colgajo de avance coronal, probablemente por una movilidad reducida del colgajo al carecer de las descargas verticales, dando lugar a un desplazamiento coronal reducido y a una mayor tensión de la sutura. A pesar de ello, se considera un tratamiento prometedor en recesiones múltiples (43).

Estudios realizados defienden que la asociación de un injerto de tejido conectivo al colgajo de avance coronal mejora la estética evaluada tanto por el profesional como por el paciente (44).

Por otro lado, la tensión y el grosor del colgajo, así como las dimensiones del injerto, pueden influir en el resultado del tratamiento. Hay muy pocos estudios que tengan en cuenta las dimensiones del injerto de tejido conectivo en combinación con un colgajo de avance coronal. La disminución en espesor y altura del injerto conlleva a una menor morbilidad del paciente, pues los pacientes refieren menos dolor durante el postoperatorio, además de una estética más favorable. Sin embargo, no encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a cobertura radicular realizando un colgajo de avance coronal e injerto de tejido conectivo con dimensiones reducidas (45).

La mayoría de los estudios describen diferentes procedimientos con el fin de mejorar los resultados del tratamiento de las recesiones gingivales en cuanto a cobertura radicular y estética (37).

La especificidad en las indicaciones de muchas de estas técnicas quirúrgicas periodontales, así como su complejidad, no limitan su utilización, pero ha dado lugar a una predilección por algunas de ellas que constituyen estándares de referencia en el logro de cobertura radicular y de aumento de encía queratinizada; entre ellas pueden mencionarse el injerto libre de encía (ILE) y el de tejido conectivo asociado al colgajo de reposición coronal (39).

Revisiones sistemáticas han evaluado la eficacia de estos procedimientos, estableciendo unos porcentajes de cubrimiento radicular que oscilaban entre el 35% y el 97%, siendo el injerto de tejido conectivo obtenido de la mucosa palatina el tratamiento quirúrgico que mejores resultados obtiene (46).

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### Conclusiones

Mediante el análisis detenido de toda la información recopilada en este trabajo se llegó a las siguientes conclusiones:

- La recesión gingival es una condición de etiología multifactorial, su etiología es tan amplia que incluye diferentes variables clínicas, teniendo así, factores anatómicos, patológicos y fisiológicos. Todos los factores asociados a las recesiones periodontales deben ser considerados para su diagnóstico y planificación del tratamiento indicado.
- La terapia más eficaz en cuanto a cobertura radicular y estética para recesiones gingivales, es la realización de un colgajo de avance coronal con la adición de un injerto de tejido conectivo, pues ofrece el resultado clínico más óptimo.
- El colgajo de avance coronal con la adición de un injerto de tejido conectivo es el procedimiento con mayor evidencia científica para tratar las recesiones gingivales en comparación con otros diseños.
- La realización únicamente de un colgajo de avance coronal resulta ser menos efectivo que si le añadiésemos el injerto, pues diversos estudios demuestran

que puede perder estabilidad con el tiempo ya que se producen cambios a nivel apical en el margen gingival.

- La técnica de túnel con injerto de tejido conectivo ha mostrado peores resultados que el colgajo de avance coronal con injerto de tejido conectivo en cuanto a cobertura radicular y estética. Aunque se considera un tratamiento prometedor en recesiones múltiples.

### **Recomendaciones**

- En cuanto al manejo quirúrgicas de las recesiones gingivales se debe tener en consideración las siguientes situaciones: presencia de lesiones cervicales no cariosas, presencia de pérdida de inserción clínica interdental, con o sin pérdida de tejido blando interdental y presencia de desplazamiento hacia vestibular de las raíces.
- Es de extrema importancia identificar el factor etiológico previamente a la realización de cualquier tratamiento curativo para las recesiones gingivales.
- Para lograr el éxito del recubrimiento radicular también se debe tomar en cuenta la clasificación y localización de la recesión gingival a tratar. Resaltando la importancia de una completa anamnesis y un detallado examen clínico.

## Referencias Bibliográficas

1. Amaro Y, Alvarado G, Manqui N. Prevalencia e indicadores de riesgo de recesiones gingivales en adolescentes de Valdivia en el año 2018. IJD. 2020; 13(1): 21-25.
2. Medina CM. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. AP. 2017; 21(1): 35-38.
3. Aguilar BL, González IZ, Martínez R, Hurtado A. Tratamiento de recesiones gingivales múltiples clase I y III de Miller combinando injerto de tejido conectivo sub-epitelial con técnica de túnel. ROM. 2018; 22(1): 22-26.
4. Bueno RL, Ferrari R, Shibil J. Tratamiento de recesiones y defectos mucogingivales mediante injerto de tejido conjuntivo en piezas dentarias e implantes. Odontoestomatología. 2015; 17(26) 40-50.
5. Morales A. Asociación entre trauma oclusal y tipo de recesión gingival en pacientes atendidos en la clínica odontológica ecodental-Huanuco en el año 2021. (Trabajo de Grado). Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2021.
6. Molina JC. Recesión Gingival diagnóstico y tratamiento. (Trabajo de grado). Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2021.
7. Panchi JA. Eficacia de la cirugía plástica periodontal con uso de injertos de tejido conectivo en el tratamiento de recesiones gingivales localizadas clase I

- y II de Miller. Revisión de literatura. (Trabajo de grado). Quito, Ecuador: Universidad Hemisferio; 2021.
8. Jaramillo MN. Injerto de tejido conectivo en el tratamiento de recesiones gingivales. (Trabajo de grado). Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2022.
  9. Castillo ES. Protocolo para el tratamiento de recesiones gingivales en dientes naturales mediante la utilización de injerto de tejido conectivo. (Trabajo de Grado). Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2022.
  10. García A, Bujaladon LA, Rodriguez A. Parámetros clínicos y periodontales predictores de la severidad de la recesión gingival (RG). *GacMedMex*. 2016; 15(2): 51-58.
  11. Guerrero MJ. Prevalencia de recesiones gingivales en el sector anterior del maxilar inferior asociada al fenotipo. Trabajo de Grado. Guayaquil, Ecuador; Universidad de Guayaquil; 2020.
  12. Guttiganur N, Aspali S, Sanikop M, Desai A, Gaddale R, Devanookar A. Classification systems for gingival recession and suggestion of a new classification system. *IJDR*. 2018; 29(2): 233-237.
  13. Castillos R, Martinez VM, Torruco A. Tratamiento en dos tiempos quirúrgico de una recesión clase I de Miller: reporte de un caso. *Revista Tame*. 2014; 3 (7):230-234.
  14. Zerón A. Fenotipo periodontal y recesiones gingivales. Nueva clasificación. *ADM*. 2018; 75 (6): 304-305.

15. García A, Bujaldon A, Rodriguez A. Recesión gingival. Diagnóstico y Tratamiento. API. 2015; 27(1): 2340-2345.
16. Castro Y, Grados S. Frecuencias e indicadores de riesgo de las recesiones gingivales en una muestra peruana. RCPIR. 2017; 10(3): 719-725.
17. Ravipudi S, Appukuttan D, Prakash V. Gingival Recession: Short Literature Review on Etiology, Classifications and Various Treatment Options. JPSR. 2017; 9 (2): 215-220.
18. Gamboa E. Recesiones gingivales: factores etiológicos y alternativas de tratamiento. (Trabajo de grado). Lima, Perú: Universidad Privada Juan Pablo II; 2019.
19. Imber, JC, Kasaj A. Treatment of Gingival Recession: When and How?. IDJ. 2021; 22(10): 178–187.
20. Poyan B, Abdul RE. Gingival Recession. Diseases and Conditions in Dentistry, 2018; 13(1):165-175.
21. Ortiz AL. Tratamiento de recesión gingival con injerto conectivo subepitelial y colgajo desplazado coronal. RNOdología. 2017;13(25) 45-48.
22. Novaes AB, Palioto, DB. Experimental and clinical studies on plastic periodontal procedures. Periodontology 2000. 2019; 34(2): 56–80.
23. Quintanilla CG. Diagnóstico y tratamiento de recesiones gingivales unitarias. (Tesis de segunda especialidad en periodoncia e implantes) Lima, Perú, Universidad Científica del Sur; 2017.

24. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999. Pub. Gaceta Oficial N° 5.908. Caracas, Venezuela (Dic. 30, 1999).
25. Ley sobre el Derecho de Autor 1993. Pub. Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinario. Caracas, Venezuela (Oct. 01, 1993).
26. Tamayo Tamayo M. El proceso de la investigación científica. 4th ed. Guadalajara: Lumosa; 2015.
27. Hernández S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 5<sup>a</sup> Edición. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores; 2015.
28. Hernández MT. Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. 5th ed. Venezuela: FEDUPEL; 2016.
29. Sangiorgio JPM, Neves FL da S, Santos MR dos, França-Grogmann IL, Casarin RCV, Casati MZ, et al. Xenogenous Collagen Matrix and/or Randomized Clinical Trial. Part I: Clinical of Localized Gingival Recessions: A Enamel Matrix Derivative for Treatment Outcomes. J Periodontol. 2017:1309–18.
30. Salvatierra KL. Prevalencia de recesiones gingivales asociadas a traumas mecánicos en pacientes UCSG semestre B-2017. (Trabajo de Grado). Guayaquil, Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018.
31. Hurtado A, Restrepo LM. Percepción de las Recesiones Gingivales en un Grupo de pacientes atendidos en la clínica de periodoncia. (Trabajo de Grado). Bogotá, Colombia: Universidad del Bosque; 2021.
32. Hinojosa M. Recesiones gingivales, etiopatogenia y consideraciones para el

- tratamiento. Revisión de tema. SCEO. 2020; 3(5): 1-6.
33. Morales R, Caballero D. Tratamiento de recesiones gingivales con injerto de tejido conectivo subepitelial y técnica del sobre: reporte de caso. *Odontol. Sanmarquina*. 2020; 23(2): 167-172.
34. Stefanini M, Marzadori M, Aroca S, Felice P, Sangiorgi M, Zucchelli G. Decision making in root- coverage procedures for the esthetic outcome. *Periodontol 2000*. 2018;77:54–64.
35. Ocampo N, García V, Ríos Y. Cubrimiento radicular en recesiones gingivales múltiples tipo I y II tratadas con técnica de tunelización con matriz dérmica acelular vs tejido conectivo. (Trabajo de Grado). Manizales, Colombia: Universidad Autónoma de Manizales; 2019.
36. Tineo L. Tratamiento de recesiones gingivales aisladas en el quinto sextante. (Trabajo de Grado). Sevilla, España: Universidad de Sevilla; 2018.
37. Montes M. Técnicas de recubrimiento radicular en recesiones gingivales tipo I de Cairo. (Trabajo de Grado). Sevilla, España: Universidad de Sevilla; 2020.
38. Dai A, Huang J-P, Ding P-H, Chen L-L. Long - term stability of root coverage procedures for single gingival recessions: A systematic review and meta analysis. *J Clin Periodontol*. 2019;46:572–85.
39. Bermúdez y col. Tratamiento de recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo. *Medicentro*. 2018; 22(2): 1-5.

40. Cairo F, Pagliaro U, Buti J, Baccini M, Graziani F, Tonelli P, et al. Root coverage procedures improve patient aesthetics. A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2016;43:965–75.
41. Cairo F. Periodontal plastic surgery of gingival recessions at single and multiple teeth. *Periodontol 2000*. 2017;75:296–316.
42. Zucchelli G, Wang H, Tavelli L, Rasperini G, Barootchi S, Valles C, et al. The influence of tooth location on the outcomes of multiple adjacent gingival recessions treated with coronally advanced flap: A multicenter re-analysis study. *J Periodontol*. 2019;90:1244–51.
43. Santamaria MP, da Silva Neves FL, Augusto Silveira C, Fernandes Mathias I, Botti Fernandes-Dias S, Neves Jardini MA, et al. Connective tissue graft and tunnel or trapezoidal flap for the treatment of single maxillary gingival recessions: a randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2017;44:540–7.
44. Zucchelli G, Mounssif I, Mazzotti C, Montebugnoli L, Sangiorgi M, Mele M, Stefanini M MM. Esthetic evaluation and patient-centered outcomes in root-coverage procedures. *Periodontol 2000*. 2018;77:19–53.
45. Ahmedbeyli C, Dirikan Ipci S, Cakar G, Yilmaz S. Laterally positioned flap along with acellular dermal matrix graft in the management of maxillary localized recessions. *Clin Oral Investig*. 2019;23:595–601.
46. Quispe López N, García-Faria García C, Garrido Martínez P, Morales Sánchez A, Mena Álvarez J, Sánchez Santos J. Tratamiento de recesiones gingivales unitarias y múltiples en la zona anterior mandibular mediante

técnica de Edlan-Mejchar modificado. Descripción de la técnica quirúrgica y resultados. *Cient. Dent.* 2021; 18(1): 35-41.