

AUTOINJERTO DE TEJIDO CONECTIVO LIBRE EN PACIENTES CON RECESIÓN GINGIVAL CLASE II.

FREE CONNECTIVE TISSUE AUTOGRAFT IN PATIENTS WITH CLASS II GINGIVAL RECESSSION.

Autora: Jully Susana Eras Martínez.

Artículo recibido: 3 de Enero del 2022

Artículo revisado: 9 de Enero del 2022

Artículo aprobado: 12 de Mayo del 2022

Odontóloga egresada de la Universidad de Guayaquil, (Ecuador). Directora del Centro Odontólogo Jeresmart

Resumen

La recesión gingival tiene una etiología multifactorial asociada con factores anatómicos. La estética, es hoy por hoy uno de los motivos de visita más importante y frecuente que llevan a los pacientes a consultas. El objetivo de la investigación expuesta es, establecer el procedimiento clínico del autoinjerto de tejido conectivo libre en pacientes con recesión gingival clase II, para ello se estructuraron 8 preguntas cerradas dirigida a los estudiantes del décimo semestre de la Facultad Piloto de Odontología, por medio de la técnica del muestreo probabilístico, siendo en su mayoría contestadas acertadamente estar muy de acuerdo y de acuerdo con las preguntas planteadas. Lo que demuestra el conocimiento del tema desarrollado: Autoinjerto de tejido conectivo libre en pacientes con recesión gingival clase II, sus causas y efectos.

Palabras clave: Autoinjerto, Tejido conectivo libre, Recesión gingival clase II.

Abstract

Gingival recession has a multifactorial etiology associated with anatomical factors. Aesthetics is today one of the most important and frequent reasons for visits that lead patients to consultations. The objective of the exposed research is to establish the clinical procedure of the free connective tissue autograft in patients with class II gingival recession, for which 8 closed questions were structured addressed to the students of the tenth semester of the Pilot School of Dentistry, through the probabilistic sampling technique, being mostly answered correctly to strongly agree and agree with the questions posed. Which demonstrates the

knowledge of the topic developed: Free connective tissue autograft in patients with class II gingival recession, its causes and effects.

Keywords: Autograft, Free connective tissue, Class II gingival recession.

Sumário

A recessão gingival tem etiologia multifatorial associada a fatores anatômicos. A estética é hoje um dos motivos mais importantes e frequentes de visitas que levam os pacientes a consultas. O objetivo da pesquisa exposta é estabelecer o procedimento clínico do autoenxerto de tecido conjuntivo livre em pacientes com recessão gingival classe II, para o qual foram estruturadas 8 questões fechadas dirigidas aos alunos do décimo semestre do Curso Piloto de Odontologia, através do técnica de amostragem probabilística, sendo na maioria das vezes respondido corretamente para concordar fortemente e concordar com as questões propostas. O que demonstra o conhecimento do tema desenvolvido: Autoenxerto de tecido conjuntivo livre em pacientes com recessão gingival classe II, suas causas e efeitos.

Palavras-chave: Autoenxerto, Tecido conjuntivo livre, Recessão gingival Classe II.

Introducción

La recesión gingival se define como la migración apical del margen gingival con respecto a la unión esmalte-cemento, dando como resultado una corona clínica más amplia en sentido ocluso-gingival, lo que conlleva a la aparición de problemas estéticos, en especial si se trata del sector anterior. El origen de la recesión gingival es multifactorial, entre sus

causas podríamos mencionar el biotipo periodontal fino, la placa bacteriana, el cepillado traumático y uso de aparatología ortodónticas, estos antecedentes por regular desencadenan: alteraciones estéticas, hipersensibilidad dental, caries radicular y abrasión.

Ante la presencia de biotipos delgados y poca cantidad de encía insertada, las opciones de tratamiento están destinadas a incrementar el grosor del tejido gingival, con la finalidad de aumentar el ancho de encía insertada y cubrir las raíces expuestas por migración del margen gingival. Reportes histológicos han revelado la arquitectura del tejido gingival luego del injerto, caracterizada por diferentes grados de queratinización que van desde un epitelio paraqueratinizado con una muy escasa y difusa respuesta inflamatoria. (Scheyer, 2014)

Miller, en el año 1985, realizó una clasificación muy útil de las recesiones gingivales, considerando el porcentaje de recubrimiento radicular que es posible obtener:

- Clase I: Recesión que no sobrepasa la línea mucogingival (LMG). No hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental.
- Clase II: Recesión que llega hasta la LMG o la excede. No hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental. (hace referencia al estudio propuesto).
- Clase III: Recesión que llega hasta la LMG o que 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.
- Clase IV: Recesión que sobrepasa la LMG. La pérdida de hueso interproximal se localiza apical a la recesión. (Álvarez-Medina, 2022)

Vale resaltar que en los defectos de clase I y clase II se puede lograr el recubrimiento radicular completo (100%), mientras que las recesiones tipo III sólo se puede conseguir un recubrimiento parcial. La recesión tipo IV no es posible de recubrimiento radicular. Las diferentes técnicas quirúrgicas desarrolladas para cubrir recesiones gingivales son los colgajos desplazados laterales, los colgajos de doble papila, colgajos desplazados coronales, injertos de tejido blando de espesor total (conectivo-epitelio), de espesor parcial (conectivo), e injerto conectivo subepitelial, siendo las técnicas quirúrgicas más utilizadas los injertos gingivales autólogos. (Padrón, 2017)

Los injertos gingivales autólogos, pueden ser libres o de tejido conectivo subepitelial, en los que el paciente es intervenido en dos áreas distintas (zona donante y zona receptora); con la desventaja de crear dos áreas quirúrgicas que comprometen el confort del paciente en el postoperatorio. A pesar de los buenos resultados obtenidos con estas técnicas, se han descrito otros inconvenientes, en particular con injertos gingivales libres, como la dificultad para igualar el color en áreas de importancia estética. Además, las heridas en la zona donante (paladar) (Kasaj, 2017). Este estudio tiene como objetivo: Establecer el procedimiento clínico del autoinjerto de tejido conectivo libre en pacientes con recesión gingival clase II.

Desarrollo

La recesión gingival describe la localización del margen gingival con una migración hacia apical respecto a la unión cemento-esmalte con la exposición de la superficie radicular, una de sus causas puede ser el trauma tisular causado por el cepillado violento de los dientes, lo que causa problemas estéticos, hipersensibilidad dentaria, caries radicular.

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. Varios procedimientos quirúrgicos tales como injertos pediculados, injertos gingivales libres, injertos de tejido conectivo subepitelial, técnica en sobre o túnel, regeneración tisular guiada utilizando membranas sintéticas y el uso de matriz dérmica acelular han sido reportados para disminuir la longitud de la recesión gingival, de esta manera se estaría aumentando la inserción clínica y el ancho de tejido queratinizado.

Se pueden distinguir dos tipos de posición de la encía, una real constituida por la inserción de la adherencia epitelial del diente y otra visible o aparente representada por el nivel del margen gingival, esta segunda posición se diagnostica como recesión gingival visible (RGV), la misma que fue evaluada en el presente estudio.

El presente estudio se utiliza la clasificación de Miller (Álvarez-Medina, 2022) debido a que la mayoría de estudios disponibles en el tema investigado se basan en dicha clasificación, lo que nos permite tener mayor información para realizar comparaciones con los resultados obtenidos. Además, permite evaluar el pronóstico de tratamiento de cada clase considerando que las de clases I, II tienen un pronóstico favorable. Las enfermedades bucales afectan la calidad de vida, especialmente su relación con las funciones de masticar, hablar, autoestima y limitación en las relaciones interpersonales.

La Encuesta de Calidad de Vida y Salud, determinó que un 37% de la población considera que su salud bucal afecta la calidad de vida siempre o casi siempre. (Espinoza, 2013) En el estudio de preferencias sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud se señala que la salud bucal es importante porque

afecta el funcionamiento social y limita a las personas en su desempeño público. (Ministerio de Salud., 2008).

Richardson, R. (2015), expresa que la recesión gingival (RG) es el desplazamiento del margen gingival apical a la unión del cemento y esmalte, con la exposición de la superficie radicular al ambiente oral siendo una condición frecuente tanto en pacientes con buena y mala higiene oral, así como en pacientes con enfermedad periodontal incipiente o enfermedad avanzada, caries radicular, molestias y mayor susceptibilidad a la inflamación.

Castro-Rodríguez. (2016), considera que la principal causa de las recesiones gingivales son la placa bacteriana y el traumatismo mecánico; sin embargo, se considera que la etiología es multifactorial y siempre resulta de la interacción de varios de ellos: anatómicos (dehiscencia del hueso alveolar, inserción elevada de músculos, traumatismo oclusal, tensión del frenillo, biotipo gingival), inflamatorios (enfermedad periodontal destructiva, presencia de placa dental y cálculo supra/subgingival, inadecuado cepillado dentario), factores traumáticos (vigorosos hábitos de higiene oral, piercing oral) y factores iatrogénicos.

Las enfermedades periodontales se clasifican en periodontitis y gingivitis, son patologías que producen cuadros clínicos que afectan a las estructuras de soporte dental y son de origen multifactorial. Según (OMS, 2012) estas enfermedades afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media y su padecimiento está asociado a varios factores de riesgo entre ellos la falta de higiene bucodental. Estudios recientes han demostrado la prevalencia de la enfermedad periodontal en población joven y adulta aumentando el riesgo para los pacientes

con caries, mal oclusión y pérdida dentaria e higiene inadecuada o deficiente. (Páez González, 2015)

Existen una serie de estudios que evalúan el pronóstico de los injertos subepiteliales asociados al posicionamiento coronario del colgajo. Bermúdez, (2018) en su investigación, atendió 100 pacientes con 146 recesiones tipo clase I y II de Millar y obtuvo 98,4 % de éxito en 18 meses de acompañamiento. (Bermúdez, 2018). Obtuvo un éxito del 95 % para recesiones menores que 3mm, 80,6 % y 76,66 % para regiones de 5mm. También se evaluó 30 pacientes con recesiones gingivales clase I y II de Miller. Después de 18 meses se observó reducción en profundidad de sondeo, ganó inserción clínica y disminución en la recesión gingival. Por otro lado, evaluaron un grupo de adultos mayores para medir conocimientos de salud oral, encontrando que un 76% desconoce la importancia de la higiene bucal. (Bellido, 2016). La etiología de la recesión gingival puede ser clasificada en: factores anatómicos predisponentes como: presencia de una inadecuada encía adherida, frenillos aberrantes, mal posición dental, dehiscencias óseas, vestíbulo superficial, biotipo periodontal delgado y en factores patológicos precipitantes como: presencia de inflamación recurrente, patologías orales, factores iatrogénicos.

Los datos reportados sobre la prevalencia de recesión gingival fluctúan en un rango de 13,7 % 13 y 86,9 %. (Bracho, 2008). En Brasil se registra una prevalencia de recesión gingival de 13,7 %. (Guimarães, 2012). En una población colombiana de 16 a 25 años es de 28 %, en dicho estudio se menciona que la prevalencia a nivel internacional es del 14 %. (Castañeda AJ., 2014). La prevalencia de recesión gingival en un estudio realizado en Quito es de 28 %. (Jijón Granja, 2014)

A nivel local no existen estudios que reporten la prevalencia de la recesión gingival de tipo aparente y sus factores asociados. A nivel internacional la relación entre la recesión gingival y los factores asociados (tabaquismo, índice gingival, características de cepillado, uso de piercing, índice de placa bacteriana, ortodoncia previa, biotipo periodontal) demuestran resultados contradictorios. En Ecuador no existen estudios claros que indiquen una relación entre los factores asociados y el desarrollo de recesión gingival.

Resección gingival.

Etiología.

Las recesiones gingivales están dadas por la combinación de varios factores etiológicos, y el desplazamiento de los tejidos periodontales apical a la unión cemento- esmalte, lo que muestra los cambios en la encía marginal de su posición normal. La migración apical gradual es, con mucha probabilidad, el resultado del efecto acumulativo de una afección patológica menor, los traumatismos menores directos y repetidos a la encía, o ambos. Estos factores etiológicos actúan en el desarrollo de las recesiones gingivales ya que pueden dar cambios en el complejo mucogingival (Buenaño Proaño, 2019).

Las personas en la actualidad están presentando más recesiones gingivales que en la antigüedad, las causas son diversas. 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 generalizadas de enfermedad periodontal destructiva. (Bhusari, 2014).

Consideraciones histológicas.

Siendo la inflamación una constante y sabiendo que el infiltrado inflamatorio se disemina en el tejido conjuntivo no solamente en sentido apical sino en todos los sentidos, las proyecciones epiteliales que se forman en el surco se pueden encontrar y fundir con aquellas del epitelio oral en las áreas donde la encía marginal es muy delgada. A medida que el tejido conjuntivo se destruye entre los dos epitelios puede ser ocupado en parte por el proliferante y emigrante epitelio del surco. Eventualmente cuando la encía es delgada puede ocurrir una anastomosis entre el epitelio del surco y el epitelio gingival oral como consecuencia de la proximidad entre ambos, por ende, un área que originalmente estaba formada por tejido conjuntivo ahora se encuentra ocupada por tejido epitelial tornándose susceptible a degeneración. (Rodríguez, M, 2015)

Trastornos de la recesión gingival.

Los factores predisponentes pueden ser anatómicos y asociados a trauma oclusal. Los anatómicos incluyen escasa encía adherida, malposición dentaria y apiñamiento, prominencia radicular, dehiscencias óseas e inserción alta de frenillos que causan la tracción del margen gingival. (Ferro Camargo, 2000). Los factores desencadenantes abarcan inflamación, cepillado traumático, laceración gingival, iatrogenia, márgenes subgingivales, diseño inadecuado de aparatología removible y movimientos ortodónticos no controlados. (Gorman, 1967). Varios aspectos de la recesión gingival la hacen relevante en términos clínicos. Las superficies radiculares expuestas son susceptibles a la caries. El desgaste del cemento exhibido por la recesión deja una superficie dentinario subyacente muy sensible, en especial al tacto. (Merritt, 2013) La recesión interproximal crea espacios donde la placa, los alimentos y las bacterias pueden acumularse.

Eventualmente cuando la encía es delgada puede ocurrir una anastomosis entre el epitelio del surco y el epitelio gingival oral como consecuencia de la proximidad entre ambos, por ende, un área que originalmente estaba formada por tejido conjuntivo ahora se encuentra ocupada por tejido epitelial tornándose susceptible a degeneración (Novaes, 1975).

Sullivan y Atkins (1968) clasificaron la recesión gingival en cuatro categorías morfológicas: superficial-estrecho, superficial-amplio, profundo-estrecho y profundo-amplio. Por otra parte, Miller (1993) determinó la siguiente categorización de las recesiones gingivales:

- Clase I, recesión de tejido marginal que no se extiende hasta la unión mucogingival, no hay pérdida de hueso ni de tejido blando en el área interdentalia.
- Clase II, consiste en una recesión de tejido marginal que se extiende apical a la línea mucogingival; no hay pérdida de tejido interproximal.
- Clase III, existe una retracción de tejido marginal gingival que se extiende apical a la unión mucogingival, en dientes con pérdida de altura del periodonto proximal.
- Clase IV, es una recesión de tejido marginal que se extiende apical a la línea mucogingival con pérdida ósea grave y de tejido blando a nivel interdental.

De acuerdo con el tipo de recesión se determina la técnica quirúrgica a realizar y el pronóstico de éxito. La cirugía mucogingival incluye varios procedimientos que ayudan a corregir defectos en cuanto a morfología, posición y dimensiones de la encía. Debido a que estos procedimientos tienen un enfoque estético el término cirugía plástica periodontal. (Miller D, 1993) Ha sido propuesto como el más apropiado, siendo el cubrimiento radicular uno

de los procedimientos estéticos que ha alcanzado mayor interés en la cirugía mucogingival. Diferentes autores han llevado a cabo ensayos clínicos con el fin de evaluar el éxito de los procedimientos quirúrgicos para cubrir recesiones. (Trombelli L, 2017)

Pronóstico de la gingivectomía caso de las recesiones clase II

Vignoletti, (2016) define recubrimiento radicular completo, después de la cicatrización total de la zona, cuando se consigue situar el margen gingival a nivel de la línea amelocementaria, el surco gingival tiene una profundidad de sondaje inferior a los dos milímetros y no hay sangrado al sondaje. Algunos autores proclaman que esta cobertura radicular puede ser alcanzada bien de forma primaria, o bien de forma secundaria como describía Álvarez-Medina, en 2022 como "creeping attachment" al referirse a la migración que sufría el margen gingival en sentido coronal en los meses posteriores a la cicatrización. Migración que se puede producir incluso hasta los nueve meses posteriores a la cirugía (Álvarez-Medina, 2022)

Pronóstico del Autoinjerto de tejido conectivo libre.

Para la obtención del injerto es necesario el conocimiento anatómico de la zona, al elegir como zona donante el paladar, se planificará su diseño para evitar interferencias con la arteria palatina, teniendo en cuenta los tipos de paladar, destacando un mayor riesgo de perforación de la arteria palatina en el paladar tipo plano; calculando la distancia del LAC a la arteria palatina y destacando que el mayor espesor de tejido conectivo se sitúa a nivel de premolares.

El manejo quirúrgico de los tejidos debe ser muy minucioso para evitar el fracaso de los injertos de tejido conectivo al perforar el colgajo, o unas dimensiones de tejido conectivo

inadecuado, etc. La técnica inlay aporta una serie de ventajas, tales como la ganancia de un volumen inicial moderado en una sola intervención, un bajo riesgo de necrosis, un buen pronóstico y una buena adaptación del color de la encía, factor muy importante debido a la demanda estética del frente anterior.

Recomendaciones del autoinjerto.

- Manejo de las recesiones gingivales se basa en una evaluación detallada de los factores etiológicos
- La inadecuada acción mecánica del cepillado y la placa bacteriana son agentes causales de recesión gingival
- Características clínicas en los pacientes con recesión clase II
- Posterior al tratamiento local, el autoinjerto de tejido conectivo libre en pacientes con recesión clase II, es una acción beneficiosa para la salud periodontal
- El pronóstico del autoinjerto de tejido conectivo libre en pacientes con recesión clase II es más eficaz frente a otros tratamientos periodontales
- El autoinjerto de tejido conectivo libre es capaz de cumplir con las expectativas de estética y función
- El biotipo de encía pueda comprometer el éxito del tratamiento de autoinjerto de tejido conectivo libre.
- El éxito del tratamiento de autoinjerto de tejido conectivo libre en pacientes con recesión clase II depende en gran parte de las características clínicas independientemente de la técnica a utilizar

Recomendaciones para tratamiento de recesiones gingivales clase II.

El tratamiento de las recesiones gingivales siempre representa un reto terapéutico. Diversas técnicas, incluyendo las técnicas que utilizan injertos de tejido conectivo, son parte de las

herramientas que el profesional tiene hoy día para conseguir de forma predecible recubrimiento radicular y una buena estética:

Para la obtención del injerto es necesario el conocimiento anatómico de la zona, al elegir como zona donante el paladar, planificaremos su diseño. (Thankkappan, 2016)

Para evitar interferencias con la arteria palatina, teniendo en cuenta los tipos de paladar, destacando un mayor riesgo de perforación de la arteria palatina en el paladar tipo plano; calculando la distancia del LAC a la arteria palatina y destacando que el mayor espesor de tejido conectivo se sitúa a nivel de premolares. El manejo quirúrgico de los tejidos debe ser muy minucioso para evitar el fracaso de los injertos de tejido conectivo al perforar el colgajo, o unas dimensiones de tejido conectivo inadecuado, etc.

La técnica inlay aporta una serie de ventajas, tales como la ganancia de un volumen inicial moderado en una sola intervención, un bajo riesgo de necrosis, un buen pronóstico y una buena adaptación del color de la encía, factor muy importante debido a la demanda estética del frente anterior. El manejo de tejidos blandos del sector anterior se realizará a través de pónicos ovoides, aportando una buena estética e higiene, la forma de manejar los tejidos blandos en el presente artículo, se realiza a través de una ligera presión del pónico sobre el tejido blando (Palacios-Sánchez, 2006).

La obtención de la papila se conseguirá en función de la distancia entre el punto de contacto con el diente adyacente y la cresta ósea, la necesidad de una cierta altura para la obtención de la papila dependerá de las estructuras contiguas. Si es necesario obtener papila entre diente e implante, la distancia del punto de contacto a la cresta deberá ser como

mínimo de 4,5 mm; entre implante y pónico la distancia deberá ser menor de 5,5 mm (16); y entre diente y pónico deberá ser menor de 6,5 mm. (Salama H, 2003).

Metodología

Diseño y tipo de investigación

La investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un problema. En el presente caso hace referencia a: ¿Cómo beneficia el autoinjerto de tejido conectivo libre en pacientes con recesión gingival clase II?

Para el desarrollo del presente tema, el diseño de investigación se determina por medio del enfoque cualitativo en el mismo se ha perfeccionado la lógica y el proceso inductivo que permitió explorar y describir para luego generar perspectivas teóricas las misma que van desde lo general a lo particular.

Tipo de investigación: se desarrolló los siguientes tipos de investigación: Investigación acción que involucra a: Exploratoria, Correlacional, Explicativa y Descriptiva.

Resultados

Tabla 1 ¿Usted cree que el manejo de las recesiones gingivales se basa en una evaluación detallada de los factores etiológicos?

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	65	48,14
De acuerdo	61	45,18
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	7	5,19
En desacuerdo	0	0
Totalmente en desacuerdo	2	1,49
Total	135	100

Fuente: Elaboración propia

Al respecto a esta pregunta los encuestados responden: estar totalmente de acuerdo 65 y de acuerdo 61 en total 126 de un total de 135 encuestados, lo que corresponde al 48.14% y 45.18%, respectivamente.

Tabla 2 ¿Usted cree que la inadecuada acción mecánica del cepillado y la placa bacteriana son agentes causales de recesión gingival?

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	65	48,14
De acuerdo	62	45,92
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4	2,97
En desacuerdo	0	0
Totalmente en desacuerdo	4	2,97
Total	135	100

Fuente: Elaboración propia

Los encuestados responden: estar totalmente de acuerdo 65 y de acuerdo 62, en total 127 de un total de 135 encuestados, lo que corresponde al 48.14% y 45.92%, respectivamente

Tabla 3 ¿Usted cree reconocer claramente las características clínicas en los pacientes con recesión clase II?

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	45	33,33
De acuerdo	70	51,85
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	15	11,11
En desacuerdo	4	2,97
Totalmente en desacuerdo	1	0,74
Total	135	100

Fuente: Elaboración propia

Al respecto a esta pregunta los encuestados responden: estar totalmente de acuerdo 45 y de acuerdo 70 en total 115 de un total de 135 encuestados, lo que corresponde al 33.33% y 51.85%, respectivamente.

Tabla 4 ¿Usted considera que posterior al tratamiento local, el autoinjerto de tejido conectivo libre en pacientes con recesión clase II, es una acción beneficiosa para la salud periodontal?

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	42	32,11
De acuerdo	78	56,79
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	13	9,62
En desacuerdo	2	1,48
Totalmente en desacuerdo	0	0
Total	135	100

Fuente: Elaboración propia

En esta pregunta los encuestados responden: estar totalmente de acuerdo 42 y de acuerdo 78, en total 120 de un total de 135 encuestados, lo que corresponde al 32.11% y 56.79%, respectivamente.

Tabla 5 ¿Usted considera que el pronóstico del autoinjerto de tejido conectivo libre en pacientes con recesión clase II es más eficaz frente a otros tratamientos periodontales?

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	45	33,33
De acuerdo	68	50,38
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	20	14,81
En desacuerdo	0	0
Totalmente en desacuerdo	2	1,48
Total	135	100

Fuente: Elaboración propia

Al respecto a esta pregunta los encuestados responden: estar totalmente de acuerdo 45 y de acuerdo 68 en total 113 de un total de 135 encuestados, lo que corresponde al 33.33% y 50.38%, respectivamente.

Tabla 6 ¿Usted cree que el autoinjerto de tejido conectivo libre es capaz de cumplir con las expectativas de estética y función?

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	47	34,81
De acuerdo	66	48,88
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	19	14,07
En desacuerdo	3	2,24
Totalmente en desacuerdo	0	0
Total	135	100

Fuente: Elaboración propia

En esta pregunta los encuestados responden: estar totalmente de acuerdo 47 y de acuerdo 66, en total 113 de un total de 135 encuestados, lo que corresponde al 34.81% y 48.88%, respectivamente

Tabla 7 ¿Usted cree que el biotipo de encía pueda comprometer el éxito del tratamiento de autoinjerto de tejido conectivo libre?

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	51	37,77
De acuerdo	71	52,63
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	12	8,86
En desacuerdo	1	0,74
Totalmente en desacuerdo	0	0
Total	135	100

Fuente: Elaboración propia

Al respecto a esta pregunta los encuestados responden: estar totalmente de acuerdo 51 y de acuerdo 71 en total 122 de un total de 135 encuestados, lo que corresponde al 37.77% y 52.63%.

Tabla 8 ¿Usted cree que el éxito del tratamiento de autoinjerto de tejido conectivo libre en pacientes con recesión clase II depende en gran parte de las características clínicas independientemente de la técnica a utilizar?

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	60	44.44
De acuerdo	61	45.18
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	9	6.66
En desacuerdo	3	2.24
Totalmente en desacuerdo	2	1.48
Total	135	100

Fuente: Elaboración propia

En esta pregunta los encuestados responden: estar totalmente de acuerdo 60 y de acuerdo 61, en total 120 de un total de 135 encuestados, lo que corresponde al 44.44% y 45.18%, respectivamente.

Discusión

La calidad de vida, especialmente su relación con las funciones de masticar, hablar, autoestima y limitación en las relaciones interpersonales. Constantemente se ven afectadas por agresiones en el periodonto, es ahí donde se toman acciones después de un riguroso diagnóstico tratamiento de autoinjerto de tejido conectivo libre en pacientes con recesión clase II. En el estudio de preferencias sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud se señala que la salud bucal es importante porque afecta el funcionamiento social y limita a las personas en su desempeño público (Bermúdez, 2018).

Al respecto diferentes autores han investigado sobre los factores etiológicos mismos que actúan en el desarrollo de las recesiones gingivales ya que pueden dar cambios en el complejo mucogingival (Merritt, 2013).

Quinto Argote, (2020), considera que la principal causa de las recesiones gingivales son la placa bacteriana y el traumatismo mecánico. Según la OMS (2012) estas enfermedades periodontales afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media y su padecimiento está asociado a varios factores de riesgo entre ellos

la falta de higiene bucodental. Estudios recientes han demostrado la prevalencia de la enfermedad periodontal en población joven y adulta aumentando el riesgo para los pacientes con caries, mal oclusión y pérdida dentaria e higiene inadecuada o deficiente.

Los datos obtenidos en esta investigación concuerdan con los datos reportados por Eras Martínez, (2019) el cual indica que la prevalencia de recesión gingival fluctúa en un rango de 13,7% y 86,9 %. En un estudio realizado en Brasil se registra una prevalencia de recesión gingival de 13,7 %. (Guimarães, 2012). Mientras que en una población colombiana de 16 a 25 años es de 28 %, en dicho estudio se menciona que la prevalencia a nivel internacional es del 14 %. (Castañeda J., 2014). La prevalencia de recesión gingival en un estudio realizado en Quito es de 28 %. (Jijón Granja, 2014).

En Ecuador no existen estudios claros que indiquen una relación entre los factores asociados y el desarrollo de recesión gingival. En la investigación desarrollada se expone el nivel de conocimiento del Autoinjerto de tejido conectivo libre en pacientes con recesión gingival clase II. Lo que permitirá a los futuros odontólogos la toma de decisiones en el momento de su ejercicio profesional.

Conclusión

Se estableció que el mejor procedimiento clínico para el autoinjerto de tejido conectivo libre en pacientes con recesión gingival clase II dependerá de las condiciones clínicas de cada paciente. En caso de que la recesión gingival esté en una fase avanzada, será necesario plantear el tratamiento a través de procedimientos quirúrgicos para corregir los defectos de la encía y los tejidos blandos que rodean el diente.

Para casos de recesiones gingivales leves, los tratamientos más frecuentes son los colgajos de avance, que pueden ser colgajos de reposición coronal, colgajos de reposición lateral o la técnica de sobre. Este tipo de tratamientos son los más indicados para retracciones moderadas de la encía, ya que resultan menos traumáticos al no requerir injerto de tejido conectivo. El cirujano practica incisiones liberadoras laterales al defecto sobrepasando o no la línea mucogingival en función del caso para separar el colgajo con el que se cubre la zona expuesta. A continuación, se sutura en su nueva posición cubriendo la raíz dentaria.

Se identifico que la causa principal de la recesión gingival suele ser un cepillado dental inadecuado, que origina daño en la encía. Aunque también existen otros factores como: problemas oclusales, sobrecarga mecánica, bruxismo, mal posición dental, frenillos labiales altos y la edad. En algunas ocasiones la utilización de piercings en los labios que rozan en la encía, puede llegar a provocar retracción de la misma. Pero, además, hay que ser consciente que las enfermedades periodontales, periodontitis y gingivitis, generan pérdida de soporte óseo provocando retracción gingival.

Referencias Bibliográficas

Álvarez-Medina, R. A.-V.-R.-M.-L. (2022). Colgajo de reposición coronal, con y sin injerto de tejido conectivo, para tratar recesiones gingivales. *Rev Cubana Estomatol*, 59(2), 3887.

Bellido, Q. &. (2016). Nivel de conocimiento en salud bucal e higiene oral en alumnos de la Institución Educativa Túpac Amaru II. *Pueblo Continente*, 27(1), 279-284.

Bermúdez, S. V. (2018). Tratamiento de recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo. *Medicentro*, 22(3), 218-227.

Bhusari, P. A. (2014). Classification & prevalence of dental surface defects in areas

of gingival recession-a clinical study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 8(7), ZF01.

Bracho, R. H. (2008). Recesión gingival visible: su prevalencia en adolescentes wayúu. *Ciencia Odontológica*, 5(2), 112-118.

Buenaño Proaño, S. (2019). Aplicación del injerto de tejido conectivo sub epitelial en la cobertura de recesiones gingivales (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología).

Castañeda J. (2014). Recesiones gingivales en una población universitaria joven colombiana prevalencia y factores asociados. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Odontología. Especialidad en Periodoncia Bogotá.

Castro-Rodríguez, Y. &. -P. (2016). Tasas e indicadores de riesgo de las recesiones gingivales en una muestra peruana. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*.

D., M. (1993). Root coverage grafting for regeneration and aesthetics. *Periodontology* 2000, 1(1), 118-127.

Eras Martínez, S. (2019). Autoinjerto de tejido conectivo libre en pacientes con recesión gingival Clase II (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología.).

Esparza, A. &. (2004). Estética dentogingival en prótesis fija con pónico ovoide. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 61(5), 188-196.

Espinoza, I. T. (2013). Las disparidades en los aspectos de oral - salud relacionados con la calidad de vida entre Chilean adultos. *La comunidad de la Odontología y la Oral Epidemiología*, 242-250.

Ferro Camargo, B. &. (2000). Fundamentos de la odontología: Periodoncia.

Gorman, J. (1967). Prevalence and etiology of gingival recession. *The Journal of Periodontology*, 38(4), 316-322.

Guimarães, M. &. (2012). Predominio and type of recesión gingival entrada adultos de la ciudad de Localidades, minas gerais, Brasil. *European Journal of Oral y de las Ciencias*, 11 (3), 357-361.

- Jijón Granja, A. (2014). Recesión gingival en personas militares de entre 18 a 28 años de la Escuela Militar Eloy Alfaro en Quito y el Fuerte Militar Atahualpa en Machachi (Bachelor's thesis, Quito, 2014).
- Kasaj, A. (2017). Recubrimiento de las recesiones gingivales: ¿todavía necesitamos injertos autólogos? Quintessence: Publicación internacional de odontología, 5(3), 164-172.
- Merritt, H. (2013). La hiperemia de la pulpa dental causada por la recesión gingival. El Journal of Periodontology, 5 (1), 33-36.
- Novaes, B. R. (1975). El desarrollo de la periodontales hendido: clínico e histopatológico de estudio. Journal of periodontology, 46 (12), 701-709.
- OMS. (2012). Salud bucodental. Abril. Nota informativa N°318.
- Padrón, K. D. (2017). Análogo de tejido conectivo injertado en recesiones gingivales inducidas en ratas Wistar. Avances en Biomedicina, 6(1), 29-36.
- Páez González, Y. T. (2015). Factores de riesgo de periodontopatías en pacientes adultos. Correo Científico Médico, 19(2), 269-281.
- Palacios-Sánchez, B. C.-L.-T.-G. (2006). Alteraciones gingivales no relacionadas con placa. Rcoe, 11(1), 43-55.
- Quinto Argote, A. R.-R. (2020). Variaciones de la frecuencia cardíaca, temperatura corporal y presión arterial en pacientes sometidos a cirugía de implantes dentales. Odontoestomatología, 22(36), 65-73.
- Richardson, R. A. (2015). Periodontal soft tissue root coverage procedures: practical applications from the AAP regeneration workshop.
- Rodríguez, M. (2015). Manejo odontológico de la resección gingival. Redoe.
- Salama, H. S. (2003). El interproximal altura de hueso: un hito para la estética de las estrategias y de los tejidos blandos contornos de la anterior, la de dientes de reemplazo. J Pract Periodoncia Aesthet Dent, 5, 6.
- Salud., M. d. (2008). Estudio de preferencias sociales para la Revista Clínica de Periodoncia, Santiago de Chile.
- Scheyer, T. N. (2014). Generation of site - appropriate tissue by a living cellular sheet in the treatment of mucogingival defects. Journal of periodontology, 85(4), e57-e64.
- Sullivan, C. (1968). Free autogenous gingival grafts. III. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. Periodontics, 6, 152-160.
- Thankkappan, P. R. (2016). Evaluación comparativa de la gestión de la recesión gingival mediante injerto de tejido conectivo subepitelial y membrana de colágeno mediante la técnica de microcirugía periodontal: n estudio clínico de 40 casos. Revista de la Sociedad India de Periodoncia, 20 (2), 189.
- Trombelli, L. &. (1997). Healing response of gingival recession defects following guided tissue regeneration procedures in smokers and non - smokers. Journal of Clinical Periodontology, 24(8), 529-533.
- Vignoletti, F. R. (2016). Cobertura radicular en recesiones gingivales clases III de Miller. Técnicas quirúrgicas y eficacia clínica basada en la evidencia. Periodoncia clínica, 1(4), 92-101.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Copyright (c) Jully Susana Eras Martínez.

