



CÓMO CITAR

González-Ramos L, Cruz-Morales R, Caballero-López D. Recesión periodontal y sus factores de riesgo en pacientes del municipio Matanzas, Cuba. Rev Méd Electrón [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso];48:e6618. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6618/6532>

*Autor para correspondencia:

rosarioc.mtz@infomed.sld.cu

Revisores:

Silvio Faustino Soler-Cárdenas y Katia Brito-Pérez.

Palabras clave:

recesión gingival; clasificación de Miller; factores de riesgo

Key words:

gingival recession; Miller classification; risk factors

Recibido: 19/05/2025.

Aceptado: 16/02/2026.

Publicado: 08/04/2026.

Artículo de Investigación

Recesión periodontal y sus factores de riesgo en pacientes del municipio Matanzas, Cuba

Periodontal Recession and Its Risk Factors in Patients from the Municipality of Matanzas, Cuba

Leirany González-Ramos¹  <https://orcid.org/0009-0001-9900-5922>

Rosario Cruz-Morales^{2*}  <https://orcid.org/0000-0002-5986-0502>

Dunia Caballero-López²  <https://orcid.org/0009-0003-2925-7440>

Afiliación:

¹ Clínica Estomatológica Docente Hermanos Almeida. Jovellanos. Matanzas, Cuba.

² Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La recesión periodontal es una entidad multifactorial frecuente y clínicamente importante para pacientes y estomatólogos, porque genera problemas estéticos, funcionales y psicológicos por la exposición de la superficie radicular al medio bucal.

Objetivo: Caracterizar la recesión periodontal y sus factores de riesgo desde el punto de vista clínico.

Métodos: Investigación observacional, descriptiva, transversal, en 100 pacientes que cumplieron con criterios de inclusión entre mayo de 2022 y mayo de 2023. Se elaboró una planilla de recolección de datos, se realizó entrevista y examen clínico de los dientes presentes con set de diagnóstico y sonda periodontal de Williams, aplicando la clasificación de Miller. En el análisis estadístico se utilizaron números absolutos y porcentajes para el estudio de variables cuantitativas y cualitativas.



Resultados: La recesión periodontal se presentó en el 53 % de los dientes inferiores, predominó la clase II de Miller (36,3 %), el 72,6 % de los afectados presentó maloclusión dentaria y el 71 % fenotipo periodontal delgado, mientras que el 82,3 % mostró biopelícula, el 75,8 % se cepillaba dos veces al día y el 64,5 % utilizaba cepillo de cerdas duras.

Conclusiones: La recesión periodontal predominó en dientes mandibulares y la clase II de Miller fue la más frecuente. Se presentaron con mayor periodicidad las maloclusiones, el fenotipo periodontal delgado y la encía adherida escasa como factores de riesgo predisponentes, y la presencia de biopelícula, el cepillado dos veces al día, el cepillado horizontal con cepillo de cerdas duras y la inflamación gingival moderada, como factores precipitantes.

ABSTRACT

Introduction: Periodontal recession is a frequent and clinically important multifactorial entity for patients and dentists because it generates aesthetic, functional, and psychological problems due to the exposure of the root surface to the oral environment.

Objective: To characterize periodontal recession and its risk factors from a clinical perspective.

Methods: This was an observational, descriptive, cross-sectional study in 100 patients who met the inclusion criteria, from May 2022 to May 2023. A data collection form was developed, and interviews and clinical examinations of the present teeth was performed using a diagnostic set and Williams's periodontal probe, applying the Miller classification. Absolute numbers and percentages were used in the statistical analysis for the study of quantitative and qualitative variables.

Results: Periodontal recession was present in 53% of the lower teeth; Miller Class II was predominant (36.3%). 72.6% of those affected presented dental malocclusion, and 71% had a thin periodontal phenotype, while 82.3% had biofilm; 75.8% brushed twice a day, and 64.5% used a hard-bristled toothbrush.

Conclusions: Periodontal recession predominated in mandibular teeth and Miller Class II was the most frequent. Malocclusions, the thin periodontal phenotype, and brushing the scarce attached gum were the most predisposing risk factors, and the presence of biofilm, brushing twice a day, horizontal brushing with hard-bristled toothbrush, and moderate gingival inflammation were the most frequent precipitating factors.



INTRODUCCIÓN

Las condiciones periodontales alcanzadas poco después de la formación y desarrollo de los dientes suelen verse afectadas en el transcurso de la vida por alteraciones en respuesta a factores como envejecimiento, enfermedad periodontal e influencias locales o sistémicas.⁽¹⁾

Existen diversos cambios que pueden ocurrir en el periodonto con el paso del tiempo, entre ellos, las deformidades que involucran el complejo mucogingival, como la recesión periodontal (RP) o recesión gingival, la cual es definida como el desplazamiento apical del margen gingival más allá de la unión cemento-esmalte.⁽¹⁻³⁾

La RP es una entidad multifactorial frecuente, con aspectos que la hacen clínicamente importante para los pacientes y estomatólogos, porque puede generar problemas estéticos, funcionales y psicológicos como consecuencia de la exposición de la superficie radicular al medio bucal. Se asocia con pérdida de inserción, suele afectar uno o varios dientes, ocurre con frecuencia en adultos, tiende a aumentar con la edad y puede asociarse a hipersensibilidad dentinaria, caries radicular y lesiones cervicales no cariosas. Su diagnóstico precoz, especialmente en grupos de población joven, ayudaría a limitar su progresión mediante métodos preventivos.⁽¹⁻³⁾

Existen diferentes clasificaciones para el diagnóstico de la RP, una de las más utilizadas en la práctica clínica por su valor predictivo en cuanto a cobertura radicular después de procedimientos quirúrgicos, es la propuesta por Miller⁽⁴⁾ en 1985. Esta, basada en la implicación de la unión mucogingival (UMG), el nivel de hueso interproximal, pérdida de tejido blando y alineación de los dientes, clasifica las recesiones en cuatro clases.

Clase I: el tejido marginal de la recesión no se extiende a la UMG y no hay pérdida de hueso interdental ni tejido blando.

Clase II: la recesión marginal se extiende hasta o más allá del UMG sin pérdida del hueso interdental o del tejido blando.

Clase III: describe la recesión del tejido marginal extendiéndose hasta o más allá de la UMG con pérdida de hueso interdental o tejido blando que se extiende apical a la unión cemento esmáltica, pero coronal a la extensión apical de la recesión del tejido marginal.

Clase IV: cuando la recesión se extiende hasta o más allá de la UMG con pérdida interdental de hueso o tejido blando hasta un nivel apical a la extensión del tejido marginal de la recesión.

Los dientes con recesiones clase III y IV pueden presentar maloclusión dentaria.

En la literatura científica se han identificado diversos factores de riesgo predisponentes y precipitantes asociados con la RP. Los dientes con fenotipo gingival delgado, caracterizados por falta o limitación de ancho de encía adherida y espesor gingival limitado, parecen ser más propensos al desarrollo o progresión de RP. La mala posición de los dientes, la inserción alta del frenillo y la dehiscencia del hueso bucal también se consideran posibles factores predisponentes para esta entidad clínica. Los factores precipitantes incluyen hábitos o condiciones adquiridas como inflamación inducida por placa, enfermedad periodontal, cepillado dental traumático, uso inadecuado del hilo dental, traumatismos por perforación (*piercings* labiales o linguales), tabaquismo y tratamiento de prótesis u ortodoncia.^(1-3,5,6)

La identificación, evaluación y mitigación de los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la RP, son fundamentales para la terapia basada en la evidencia y para el éxito y la estabilidad de tratamientos a largo plazo.^(1-3,5)

Asimismo, la prevención de las enfermedades y el control de los factores de riesgo puede lograrse con el desarrollo de sistemas de vigilancia eficientes, los que permitirían identificar a personas de alto riesgo, desarrollar nuevas estrategias, medidas preventivas y programas de intervención, así como evaluar su impacto en el control de la enfermedad. Sin embargo, la necesidad de exámenes clínicos y el empleo de varios recursos dificulta la vigilancia en diferentes afecciones periodontales como la RP.^(1,2,5)

A pesar de que en la literatura internacional revisada existen varios trabajos^(1,3,5,6) referidos a la RP y sus factores de riesgo, en Cuba aparecen escasas investigaciones sobre este tema. En el municipio Matanzas, en los últimos cinco años solo se reporta un trabajo⁽⁷⁾ sobre el comportamiento clínico de la RP en un servicio especializado de la Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC, del área de salud de Milanés. Por lo tanto, se hace necesario realizar el presente estudio, con el objetivo de caracterizar la RP y sus factores de riesgo desde el punto de vista clínico en pacientes matanceros.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el período de mayo de 2022 a mayo de 2023. El universo estuvo integrado por 115 761 personas, pertenecientes a cinco áreas de salud del municipio Matanzas. El tamaño muestral se calculó con el Programa Statcalc de EPIINFO 2007, con base a los siguientes parámetros: universo: 115 761, prevalencia esperada de RP: 50 %, peor resultado esperado: 40 %, nivel de confianza (1-Alpha): 95 %. La muestra quedó constituida por 92 individuos, cifra que se redondeó a 100 pacientes, que se distribuyeron por cada área de salud (Milanés, Contreras, Versalles, Carlos Verdugo y Playa) de acuerdo a la población de cada una.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron los siguientes: personas afectadas o no por RP, en edades comprendidas de 12 a 60 años de edad, con dos o más dientes en la cavidad bucal, plena capacidad física y mental, y que dieran su consentimiento informado para participar en la investigación, o dado por los padres o tutores en el caso de los menores de edad.

A cada uno de los participantes se le realizó entrevista y examen clínico intrabucal en una unidad dental de los servicios de atención primaria de estomatología de las áreas de salud. Los datos se registraron en una planilla de recolección. Para el examen clínico se utilizó set de diagnóstico, sonda periodontal de Williams y luz artificial.

Se estudiaron variables para dos unidades de análisis: dientes, para determinar la presencia de RP y su clasificación según Miller, y pacientes para variables relacionadas con la presencia de factores de riesgo (fenotipo periodontal delgado, ancho de encía queratinizada, presencia de biopelícula, malposición dentaria, prótesis parcial removible con retenedores, inserciones frénicas aberrantes e inflamación gingival, forma y frecuencia del cepillado dental, uso de cepillo de cerdas duras y limpiadores interdientales, antecedentes de tratamiento de ortodoncia y tabaquismo).

La exposición de la superficie radicular (presencia de RP) se detectó por observación clínica, y se midió en mm con una sonda periodontal desde la línea amelocementaria (LAC) al margen gingival de cada diente, y la profundidad al sondaje se determinó como la distancia en milímetros entre el margen de la encía y el fondo del surco gingival de cada órgano dentario. El nivel de inserción clínica para cada diente con RP, se estableció como la distancia en milímetros entre el LAC y el fondo del surco gingival; el margen gingival se precisó como la distancia en milímetros entre el margen gingival y el surco marginal. La línea mucogingival se estableció como la línea limitante entre la encía adherida y la mucosa alveolar por la superficie vestibular en el punto medio de cada diente en el maxilar y la mandíbula de 17 a 27 y de 37 a 47.

El examen periodontal se inició por vestibular desde distal del 17 hasta distal del 27, y de distal del 37 a distal del 47; en los pacientes desdentados parciales se examinaron los dientes presentes. Para cada paciente se determinó la presencia de cada factor de riesgo de la siguiente forma: el fenotipo periodontal delgado, según método de translucidez de la sonda periodontal a través de un sondaje del margen gingival dental, y se clasificó como fenotipo fino cuando las líneas de la sonda periodontal se visualizaban a través del tejido marginal. Se midió el ancho de encía queratinizada en milímetros con una sonda periodontal (se consideró estrecha cuando era inferior a 2 mm), presencia de biopelícula cuando al pasar un explorador o la sonda periodontal por el tercio cervical de los dientes se retiró una capa adherente de color blanco amarillento.

Por observación clínica se identificó si existía maloclusión, presencia de prótesis parcial removible con retenedores y de inserciones frénicas aberrantes. La

inflamación gingival presente en la encía aledaña al área de las recesiones se evaluó según Índice gingival de Silness y Løe. Las variables forma y frecuencia del cepillado dental, uso de cepillo de cerdas duras y limpiadores interdetales, antecedentes de tratamiento de ortodoncia y tabaquismo se determinaron a través de la entrevista realizada a cada uno de los pacientes.

La información recopilada fue transferida a una base de datos informatizada. Los resultados se presentaron en tablas y se expresaron en números absolutos y porcentos.

Se obtuvo la aprobación oficial por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC. Los participantes fueron informados acerca de los objetivos y actividades de la investigación y accedieron a dar su consentimiento por escrito para participar en la misma. Se cumple con los principios de la bioética médica: el respeto a la persona (autonomía y consentimiento informado), la beneficencia, la no maleficencia y el de justicia, guiada por declaraciones de principios éticos internacionales para la investigación médica en humanos, establecidos en el Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Se examinaron 1817 dientes, de los cuales 1129 presentaron RP y 688 no estaban afectados. Se detectaron 1043 recesiones periodontales por vestibular, según el método diagnóstico de Miller. El mayor porcentaje de afectación estuvo en la mandíbula con el 53 % frente al 47 % en el maxilar. La clase II de Miller predominó en los dientes afectados por RP, con el 36,4 % del total.

La distribución de las diferentes clases de recesiones entre el maxilar y la mandíbula mostró mayor porcentaje de clase I de Miller en los dientes superiores respecto a los inferiores, con el 49,2 %. Las clases II, III y IV fueron más frecuentes en los dientes mandibulares con el 51,8 % en la clase II, el 55,6 % en la III y el 64 % en la clase IV de Miller. (Tabla 1)



Tabla 1. Distribución de las recesiones periodontales presentes en los dientes examinados según clasificación de Miller. Matanzas, 2023

Clasificación de Miller	Recesiones periodontales presentes					
	Maxilar		Mandíbula		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Clase I	151	49,2	156	50,8	307	29,4
Clase II	183	48,2	197	51,8	380	36,4
Clase III	147	44,4	184	55,6	331	31,8
Clase IV	9	36,0	16	64,0	25	2,4
Total	490	47,0	553	53,0	1043	100

De 62 pacientes afectados por RP, que representan el 62 % de la muestra, el 72,6 % presentó dientes con malposición, el 71 % tenía periodonto fino y el 62,9 % contaba con una banda estrecha de encía adherida, solo en el 8,1 % se notificó la existencia de inserciones frénicas aberrantes. En los que no presentaron RP, la malposición dentaria fue el factor predisponente más frecuente con el 57,9 %. (Tabla 2)

Tabla 2. Presencia de factores de riesgo predisponentes de recesión periodontal en la población de estudio. Matanzas, 2023

Factores de riesgo predisponentes	Recesión periodontal			
	Presente (n = 62)		Ausente (n = 38)	
	No.	%	No.	%
Fenotipo periodontal delgado	44	71,0	9	23,7
Inserciones frénicas aberrantes	5	8,1	-	-
Malposición dentaria	45	72,6	22	57,9
Banda estrecha de encía adherida	39	62,9	5	13,2

En la tabla 3 se aprecia que en los 62 afectados por RP, el 58,1 % presentó inflamación moderada en los tejidos localizados alrededor de las recesiones, con encías de color rojo, edema y hemorragia al sondaje.

Tabla 3. Presencia de inflamación gingival como factor de riesgo precipitante de RP en la población afectada. Matanzas, 2023

Inflamación gingival en tejidos alrededor de la RP según Índice de Silness y Løe	Pacientes afectados por RP	
	No.	%
0*	8	12,9
1*	16	25,8
2*	36	58,1
3*	2	3,2
Total	62	100

*0: ausencia de inflamación. Encía normal; 1: inflamación leve, ligero cambio de color, edema sin hemorragia a la palpación; 2: inflamación moderada, color rojo y edema, hemorragia al sondaje; 3: inflamación severa, marcado eritema, edema, sangrado espontáneo, ulceración.

El 82,3 % de los pacientes afectados por RP, presentó biopelícula, el 75,8 % se cepillaba dos veces al día, y el 64,5 % utilizaba cepillo de cerdas duras. El 56,5 % de los afectados realizaba cepillado dentogingival de forma horizontal y el 37,1 % refirió utilizar limpiadores interdetales. El 52,6 % de los no afectados presentó biopelícula, y el 57,9 % se cepillaba dos veces al día. (Tabla 4)

Tabla 4. Factores de riesgo precipitantes de RP relacionados con la higiene bucodental presentes en la población de estudio. Matanzas, 2023

Factores de riesgo precipitantes	Recesión periodontal			
	Presente (n = 62)		Ausente (n = 38)	
	No.	%	No.	%
Presencia de biopelícula	51	82,3	20	52,6
Cepillado horizontal	35	56,5	12	31,6
Vertical	12	19,4	8	21,0
Rotacional	4	6,4	3	7,9
Mixto	11	17,7	15	39,5
Frecuencia del cepillado				
1 vez/día	13	21,0	5	13,2
2 veces/día	47	75,8	22	57,9
3 o más veces/día	2	3,2	11	28,9
Uso de cepillo con cerdas duras	40	64,5	15	39,5
Uso de limpiadores interdientales	23	37,1	12	31,6

En la tabla 5 aparecen otros factores de riesgo precipitantes de RP; nótese que el 33,9 % de los afectados presentaba prótesis parcial removible con retenedores y solo el 1,6 % refirió haber usado aparatología ortodóntica. En los no afectados por RP, no se detectaron estos factores de riesgo.

Tabla 5. Otros factores de riesgo precipitantes de recesión periodontal presentes en los pacientes afectados. Matanzas, 2023

Factores de riesgo precipitantes	Recesión periodontal presente (n = 62)	
	No.	%
Antecedente de tratamiento de ortodoncia	1	1,6
Presencia de prótesis parcial removible con retenedores	21	33,9

El 38,7 % de los afectados por RP eran fumadores activos en el momento del estudio, y solo el 5,4 % de los no afectados presentaban este hábito. (Tabla 6)

Tabla 6. Tabaquismo como factor de riesgo precipitante de RP presente en la población estudiada. Matanzas, 2023

Tabaquismo	Recesión periodontal			
	Presente		Ausente	
Fumador	24	38,7 %	2	5,4 %
Ex fumador	15	24,2 %	3	7,9 %
Nunca ha fumado	23	37,1 %	33	8,7 %
Total	62	100 %	38	100 %

DISCUSIÓN

Cuando se aplican procesos de clasificación no se trata solo de denominar y representar un estado momentáneo, sino también de clarificar implícita o explícitamente relaciones entre fenómenos, de vincularlos con las experiencias y de adquirir el poder de pronosticar estados futuros.⁽⁸⁾ Este es el caso del método de Miller, utilizado en esta investigación para clasificar las recesiones periodontales presentes en las caras vestibulares de los dientes de la población estudiada. Como resultados, predominaron los dientes mandibulares afectados, prevaleció la clase II de Miller, hubo mayor porcentaje de dientes superiores con recesiones clase I y los dientes inferiores mostraron mayor frecuencia de recesiones clases II, III y IV.

En la literatura internacional revisada, resultados diferentes aparecen publicados por Gutiérrez,⁽⁹⁾ Machado⁽¹⁰⁾ y García Morales,⁽¹¹⁾ quienes reportaron una mayor prevalencia de recesiones clase I de Miller en los dientes examinados. En Cuba, Cruz Morales et al.⁽⁷⁾ publicaron en 2022 los resultados de una investigación realizada en un servicio especializado de una clínica estomatológica de un área de salud de Matanzas, en la que predominaron las recesiones clase I de Miller.

Las autoras consideran que a pesar de que existió un gran número de dientes con RP, la severidad de las recesiones no mostró predominio en los órganos dentarios afectados, ya que un elevado porcentaje tenía recesiones clase II de Miller, sin afectación del tejido periodontal interproximal y con buen pronóstico de cobertura radicular después de un tratamiento quirúrgico.

En el presente estudio, los factores de riesgo predisponentes de RP más frecuentes en los pacientes afectados fueron la maloclusión dentaria y el fenotipo periodontal delgado, unido a la escasa encía queratinizada; en los no afectados predominó la malposición dentaria. González et al.⁽¹²⁾ opinan que la mordida cruzada anterior es una maloclusión anteroposterior frecuente, que puede asociarse a anomalías estéticas, funcionales y periodontales, pues la tabla vestibular en la mandíbula es más delgada y la zona anteroinferior es más

susceptible al desarrollo de recesiones gingivales. La proinclinación de los incisivos mandibulares puede predisponer a dehiscencias y fenestraciones con la consecuente lesión del tejido blando.

Las fuerzas oclusales anormales que derivan de algunas maloclusiones pueden generar un impacto importante sobre los dientes y el periodonto en diversos grados, lo que predispone al desarrollo de recesiones.⁽¹³⁾ Tomina et al.⁽¹⁴⁾ en su estudio revelaron asociaciones estadísticamente significativas entre interferencias excursivas durante la guía lateral y la guía anterior y la presencia de RP en el grupo dentario involucrado.

Tanto Kim⁽¹³⁾ como Tomina⁽¹⁴⁾ reconocen que varios factores predisponentes, como un fenotipo periodontal fino y la falta de encía adherida, pueden contribuir a recesiones gingivales. Estos factores, unidos a traumatismos aportados por el paciente y a intervenciones iatrogénicas, como una técnica de cepillado inadecuada, márgenes restaurativos cervicales profundos y el movimiento dental ortodóncico, favorecen la aparición de la exposición radicular por migración del margen gingival. Por eso, las áreas de placa ósea vestibular delgada y encía fina que aparecen comúnmente en las eminencias caninas, en las raíces mesiales de los primeros molares maxilares y en los incisivos mandibulares son susceptibles a presentar RP.

García Cancino et al.⁽³⁾ concuerdan con los resultados obtenidos en esta investigación, ya que, en su trabajo, el 53,72 % de la muestra presentó un biotipo periodontal fino. Mascardo et al.⁽¹⁵⁾ reconocen al fenotipo gingival delgado, a la deficiente cantidad de tejido queratinizado, a la presencia de fenestraciones óseas, entre otros, como indicadores de riesgo fuertemente asociados a la presencia y severidad de RP vestibular en la región estética anterior. Por el contrario, Barreto et al.⁽¹⁶⁾ reportaron un predominio de periodonto tipo I en los dientes anteriores de niños de 10 a 14 años en Pinar del Río, Cuba.

Chambrone y Zadeh⁽¹⁷⁾ consideran que cuando se identifican dientes con defectos generados por recesión o dientes sin encía adherida y espesor gingival (<1 mm), se vuelve esencial considerar el uso de procedimientos quirúrgicos para el aumento de tejido blando. Ellos plantean que el tratamiento de estas deformidades mucogingivales, antes o después del tratamiento de ortodoncia, debe sustentarse en una evaluación integral de los factores de riesgo asociados con el desarrollo de defectos generados por recesión, la implementación de medidas apropiadas para mitigar esos riesgos, una evaluación integral de las características de la deformidad y de los tejidos periodontales adyacentes.

En el presente estudio, los factores precipitantes que más se detectaron en la población afectada por RP fueron: presencia de biopelícula, cepillado dos veces al día, y uso de cepillo de cerdas duras. La inflamación moderada sobreañadida a los tejidos aledaños a las recesiones periodontales se presentó en varios pacientes y muchos realizaban un cepillado de forma horizontal. En el caso de

los que no presentaron RP, prevaleció la frecuencia de cepillado dental dos veces al día y la presencia de biopelícula.

Autores como Hegab y Alnawawy,⁽¹⁸⁾ en Egipto, relacionan el papel de la mala higiene bucal con el desarrollo de RP y consideran que la inflamación gingival asociada a la presencia de irritantes locales localizada en los tejidos adyacentes a las recesiones puede precipitar el progreso y severidad de las mismas. Clavería Clark y Peña Sisto,⁽¹⁹⁾ en su estudio analítico observacional realizado entre 2022 y 2023 en Santiago de Cuba, obtuvieron que es 8,34 veces más probable presentar RP en pacientes con inadecuados niveles de biopelícula.

Ramos Morales et al.,⁽²⁰⁾ en su trabajo presentado en el evento OdontoSantiago 2023, consideran como asociación riesgosa para el desarrollo de estas deformidades mucogingivales, la acción irritante de la biopelícula y la existencia consecuente de inflamación gingival, favorecidas, además, por la presencia de malposiciones dentarias. Las autoras de esta investigación opinan que, aunque en la clasificación de enfermedades periodontales la RP se considera como un proceso no inflamatorio del periodonto, los cambios vasculo-exudativos que se derivan de la inflamación generada por cúmulo de biopelícula en los tejidos adyacentes a la zona de las recesiones pueden provocar friabilidad y edema en los mismos.

Esto los hace vulnerables y propensos a migrar en sentido apical, sobre todo cuando este proceso inflamatorio se sobreañade a un periodonto fino, con escasa encía adherida que no puede hacer resistencia a los productos de la inflamación gingival, a las fuerzas masticatorias y a los movimientos generados por los músculos de la mímica.

Morales Guerrero⁽²¹⁾ afirma que las recesiones periodontales pueden estar relacionadas a hábitos parafuncionales, cepillado traumático, trauma oclusal o inflamación gingival. Por su parte, Urbina Santamaría⁽²²⁾ en los artículos revisados en su trabajo 2021, encontró que el cepillado traumático constituye uno de los factores asociados con RP, mencionado como factor de riesgo en 14 artículos indexados y en varias tesis doctorales.

Sawan et al.⁽²³⁾ mencionan al trauma oclusal, al uso de elementos extraños como *piercings* orales linguales o labiales, al tabaquismo y a la inserción del frenillo como factores vinculados a recesiones gingivales. Aunque en esta investigación se estudiaron estas variables, la población examinada no mostró presencia de *piercing*, las inserciones aberrantes del frenillo labial fueron escasas y existió un bajo porcentaje de personas fumadoras.

En el estudio realizado por Hurtado y Restrepo,⁽²⁴⁾ en 2021, se encontró que el 51 % de los pacientes afirmó cepillarse más de tres veces al día, lo cual no coincide con lo referido por la población estudiada. Según Fragkioudakis et al.,⁽²⁵⁾ el cepillado frecuente y enérgico, así como los cepillos de dientes con filamentos duros, están asociados con RP.

Por su parte, Pindobilowo⁽²⁶⁾ asevera que las técnicas erróneas del cepillado dentario que a menudo se realizan en la comunidad, como presión del cepillado demasiado fuerte, de manera agresiva, con movimientos irregulares al cepillarse los dientes, durante demasiado tiempo, con excesiva frecuencia y el uso de pasta dental abrasiva, causan desgaste en el esmalte dental —dentina—, todo lo cual resulta en la exposición de la superficie radicular.

Una investigación realizada por Rizkika⁽²⁷⁾ en 2019, demostró que el método horizontal de cepillado de los dientes provocó recesión gingival clase IV de Miller en el 56 % de 43 personas en comparación con la técnica de cepillado vertical, por lo que afirman que, a pesar de que la técnica horizontal es un método popular usado con frecuencia para el cepillado dental, no se considera eficaz para eliminar la biopelícula y puede provocar abrasión gingival y recesión.

Los aspectos antes mencionados pudieron haber influido en la frecuencia de afectación que presentaron los pacientes en esta investigación. En la población estudiada, el uso de prótesis parcial removible con retenedores y el tabaquismo se presentó con menor frecuencia que otros factores de riesgo en concordancia con El Kholi et al.⁽¹⁾ Sin embargo, ambos factores son considerados como relevantes en el origen y desarrollo de la RP, tal es el caso de lo reportado en Jara Salcedo⁽²⁸⁾ respecto a las prótesis, y Kanmaz et al.⁽²⁹⁾ referente al tabaquismo.

Cavieres⁽³⁰⁾ no encontró diferencias estadísticamente significativas sobre la prevalencia de recesiones gingivales en fumadores y no fumadores. Las autoras reconocen que a menudo la RP aparece en pacientes que presentan varios factores de riesgo predisponentes y precipitantes, lo que en ocasiones hace difícil su diagnóstico clínico y tratamiento. Existen muchos factores (edad, higiene bucal o fenotipo gingival) que pueden influir en la incidencia y progresión de las recesiones.

La maloclusión dentaria, como el apiñamiento, dientes rotados y fuera del arco, un fenotipo gingival delgado o una altura insuficiente de la encía adherida pueden predisponer al periodonto a presentar RP en presencia de factores desencadenantes, como un cepillado traumático, o la inflamación gingival inducida por biopelícula. En la población estudiada se constató lo antes referido, por lo que la prevención y el control de estos factores de riesgo desde la niñez y la adolescencia y desde el nivel primario de atención, puede contribuir a disminuir la incidencia y prevalencia de este trastorno mucogingival en la edad adulta.

Se concluye que predominaron las recesiones periodontales en los dientes mandibulares y la clase II de Miller fue la más frecuente en los dientes afectados. Se presentaron con mayor frecuencia las maloclusiones, el fenotipo periodontal delgado y la encía adherida escasa como factores de riesgo predisponentes; asimismo, la presencia de biopelícula, el cepillado dos veces al día, el cepillado

horizontal con cepillo de cerdas duras y la inflamación gingival moderada, como factores de riesgo precipitantes de RP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El Kholti W, Boumdir S, Al Jalil Z, et al. Prevalence and risk indicators of buccal gingival recessions in a Moroccan periodontitis patients: A retrospective study. Saudi Dent J [Internet]. 2024 [citado 22/05/2024];36(1):117-22. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1013905223002067>
2. Cadenas de Llano-Pérula M, Castro AB, Danneels M, et al. Risk factors for gingival recessions after orthodontic treatment: a systematic review. Eur J Orthod. 2023;45(5):528-44. DOI: 10.1093/ejo/cjad026.
3. García Cancino BA, Rylander Yamada J, Valdez Guadarrama LA, et al. Prevalencia y factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales en alumnos de odontología de la Universidad Veracruzana, región Veracruz. Rev Invest Cien Salud [Internet]. 2021 [citado 01/10/2023];16(1):47-9. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=117043>
4. Miller PD. Miller Classification of Marginal Tissue Recession Revisited After 35 Years. Compend Contin Educ Dent [Internet]. 2018 [citado 23/10/2023];39(8). Disponible en: <https://www.aegisdentalnetwork.com/cced/2018/09/miller-classification-of-marginal-tissue-recession-revisited-after-35-years>
5. Vignoletti F, Di Martino M, Clementini M, et al. Prevalence and risk indicators of gingival recessions in an Italian school of dentistry and dental hygiene: a cross-sectional study. Clin Oral Investig. 2020;24(2):991-1000. DOI: 10.1007/s00784-019-02996-9.
6. Marín-Jaramillo R, Duque-Duque A. Condiciones modificadoras del riesgo de enfermedad periodontal: una revisión narrativa sobre la evidencia en América Latina. CES Odontol. 2021;34(1):82-99. DOI: 10.21615/cesodon.34.1.8.
7. Cruz Morales R, Suárez Surí G, Ortega Suárez JD, et al. Recesión periodontal. Su seguimiento clínico y terapéutico por diez años en Matanzas. La Habana: IV Convención Internacional de Salud "Cuba Salud" [Internet]; 2022 [citado 05/10/2023]. Disponible en: <https://convencionsalud.sld.cu/index.php/convencionsalud22/2022/paper/download/764/635>



8. García-San-Juan CM, García-Núñez RD, San-Juan-Bosch MA. Clasificación de las condiciones y enfermedades periodontales y perimplantares desde una perspectiva evolutiva. Medisur [Internet]. 2021 [citado 04/06/2023];19(4):642-55. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5086>
9. Gutiérrez R, Semidey K, Rojas I, et al. Prevalencia de recesiones gingivales en pacientes atendidos en la clínica de Periodoncia de la Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela en el periodo 2009-2018. IDEULA [Internet]. 2021 [citado 04/06/2023];(2):107-21. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/ideula/article/viewFile/17455/21921930108>
10. Machado Jessica de SG, Falabella Márcio EV. Prevalencia de recesión gingival en estudiantes de odontología de la Universidad Federal de Juiz de Fora-Brasil. Int J Odontostomat. 2019;13(3):299-304. DOI: 10.4067/S0718-381X2019000300299.
11. García Morales CD. Recesión gingival y su correlación con el fenotipo gingival en la región de incisivos mandibulares de pacientes tratados con ortodoncia [tesis en Internet]. Lima: Universidad Federico Villareal; 2023 [citado 20/01/2026]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/8173>
12. González Carfora AV, Teixeira González VH, Medina Díaz AC. Corrección de mordida cruzada anterior de origen dental y recesión gingival en dentición mixta temprana. Reporte de Caso. Rev Odontopediatr Latinoam [Internet]. 2019 [citado 08/10/2023];9(2). Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alog/article/view/179>
13. Kim DM, Bassir SH, Nguyen TT. Effect of gingival phenotype on the maintenance of periodontal health: An American Academy of Periodontology best evidence review. J Periodontol. 2020;91(3):311-38. DOI: 10.1002/JPER.19-0337.
14. Tomina D, Buduru S, Dinu CM, et al. Incidence of Malocclusion among Young Patients with Gingival Recesions- A Cross-Sectional Observational Pilot Study. Medicina (Kaunas). 2021;57(12):1316. DOI: 10.3390/medicina57121316.
15. Mascardo KC, Tomack J, Chen CY, et al. Risk indicators for gingival recession in the esthetic zone: A cross-sectional clinical, tomographic, and ultrasonographic study. J Periodontol. 2024;95(5):432-43. DOI: 10.1002/JPER.23-0357.



16. Barreto-Suárez Y, Nápoles-Jiménez N, González-Rodríguez E, et al. Factores de riesgo locales y recesión periodontal de dientes anteriores en niños de 10 a 14 años. Rev Cienc Médicas [Internet]. 2023 [citado 12/04/2025];27(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942023000600016&lng=es
17. Chambrone L, Zadeh HH. Evidence-based rationale for the management of mucogingival deformities before or after orthodontic treatment. Semin Orthod. 2024;30(2):95-104. DOI: 10.1053/j.sodo.2023.09.002.
18. Hegab M, Alnawawy M. The Prevalence of Gingival Recession in the Egyptian Population. Perio J [Internet]. 2020 [citado 12/10/2023];4(1):1-10. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/339180627_The_Prevalence_of_Gingival_Recession_in_the_Egyptian_Population
19. Clavería Clark RA, Peña Sisto M. Riesgos de recesión gingival en la población adulta joven [Internet]. Ciego de Ávila: III Jornada Virtual Internacional de Medicina Familiar; 2024 [citado 29/01/2025]. Disponible en: <https://mefavila.sld.cu/index.php/mefavila2024/2024/paper/view/824>
20. Ramos Morales AL, Sarduy Bermúdez L, Rodríguez León L. Recesión periodontal y factores asociados en adolescentes [Internet]. Santiago de Cuba: I Congreso Internacional "OdontoSantiago 2023"; 2023 [citado 12/04/2025]. Disponible en: <https://odontosantiago.sld.cu/index.php/odontosantiago/2023/paper/download/241/128>
21. Morales Guerrero AC. Asociación entre el trauma oclusal y tipo de recesión gingival en pacientes atendidos en la clínica odontológica Ecodental - Huánuco en el año 2021 [tesis en Internet]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener 2022 [citado 29/01/2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6028?locale-attribute=en>
22. Urbina Santamaría S, Araque Sánchez ML. Prevalencia y factores de riesgo de recesiones gingivales revisión bibliográfica de la literatura [tesis en Internet]. Bogotá: Universidad Antonio Nariño; 2021 [citado 23/01/2023]. Disponible en: <https://cienciaabierta.uan.edu.co/Record/repositorio.uan.edu.co-123456789-5875>
23. Sawan NM, Ghoneima A, Stewart K, et al. Risk factors contributing to gingival recession among patients undergoing different orthodontic treatment modalities. Interv Med Appl Sci. 2018;10(1):19-26. DOI: 10.1556/1646.9.2017.42.



24. Hurtado Sierra AP, Restrepo Grimaldos LM. Percepción de las recesiones gingivales en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica de Periodoncia de la Universidad El bosque [tesis en Internet]. Bogotá: Universidad El bosque; 2021 [citado 21/10/2023]. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/089c8cea-56b4-447a-bd16-244bc8380cd0/content>
25. Fragkioudakis I, Tassou D, Sideri M, et al. Prevalence and clinical characteristics of gingival recession in greek Young adults: A cross-sectional study. Clin Exp Dent Res [Internet]. 2021 [citado 06/10/2023];7(5):672-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8543455/>
26. Pindobilowo, Umi Ghoni T, Dwi A. Effective Tooth Brushing Techniques Based on Periodontal Tissue Conditions: A Narrative Review. Formosa J Appl Sci [Internet]. 2023 [citado 21/10/2023];2(7):1649-62. Disponible en: <https://journal.formosapublisher.org/index.php/fjas/article/view/4838>
27. Rizkika L, Mintjelungan CN, Zuliari K, et al. Hubungan Teknik Menyikat Gigi dengan Keparahan Resesi Gingiva pada Masyarakat Pesisir Pantai di Kawasan Megamas Kota Manado. E-GiGi [Internet]. 2019 [citado 21/10/2023];7(2). Disponible en: <https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/eqigi/article/view/23929>
28. Jara Salcedo JG. Prevalencia de recesión gingival en relación al tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura-2022 [tesis en Internet]. Lima: Universidad Alas peruanas; 2022 [citado 23/01/2024]. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/11517>
29. Kanmaz MG, Kanmaz B, Buduneli N. Gingival recession and root coverage outcomes in smokers. Popul Med [Internet]. 2022 [citado 23/01/2024];4:26. Disponible en: <https://www.populationmedicine.eu/Gingival-recession-and-root-coverage-outcomes-in-smokers,154822,0,2.html>
30. Cavieres B, Cuellar E, Nally M, et al. Factores asociados a prevalencia de recesiones gingivales en alumnos de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes en 2022. Medwave [Internet]. 2024 [citado 20/01/2025];24(8):e2784. Disponible en: <https://www.medwave.cl/investigacion/estudios/2784.html>

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación de este artículo.



Contribución de autoría

Leirany González-Ramos: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto y redacción del borrador original.

Rosario Cruz-Morales: conceptualización, análisis formal, investigación, supervisión, metodología, redacción, revisión y edición.

Dunia Caballero-López: análisis formal, investigación, redacción, revisión y edición.