

Comportamiento de los trastornos mucogingivales y su tratamiento. Matanzas, 2008-2010

Behavior of the mucous- gingival disorders and its treatment. Matanzas, 2008-2010

MSc. Dra. Rosario Cruz Morales, Dra. Katia Brito Pérez, MSc. Dra. Dunia Caballero López

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

RESUMEN

Cada día es más frecuente observar la preocupación de los pacientes por la presencia de trastornos mucogingivales, y dentro de estos, uno de los más comunes es la recesión periodontal. Esta puede acompañarse de sensibilidad radicular, mayor prevalencia de caries y abrasiones cervicales. Sin embargo, el compromiso estético suele ser el principal motivo de consulta. Ante este tipo de trastorno podemos plantear dos posibilidades: no tratarla y controlar su evolución o corregirla mediante técnicas de cirugía mucogingival. Con el objetivo de mostrar el comportamiento de los trastornos mucogingivales y su tratamiento, se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal en una población de 169 pacientes que fueron atendidos en el servicio de Periodoncia de la Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC, de Matanzas, en el período comprendido entre el 2008 y el 2010. Los trastornos mucogingivales se presentaron en un 34,1 %, de ellos la recesión periodontal fue la más frecuente (28,6 %). Se concluye que las féminas fueron las más afectadas, y los grupos de edades de 15 a 34 y de 35 a 59. Los pacientes remitidos de Ortodoncia en su mayoría tenían de 5 a 11 años de edad y se mantenían bajo control evolutivo periodontal, el injerto libre de tejido conectivo y epitelio fue la técnica mucogingival más utilizada en el servicio.

Palabras clave: trastornos mucogingivales, recesión periodontal, técnicas de cirugía mucogingival, injertos libres.

ABSTRACT

It is more and more frequent to observe the patients concern for the presence of mucous-gingival disorders, and among them, one of the most common is the periodontal recession. It can be accompanied by radicular sensibility, higher prevalence of caries and cervical abrasions. Nevertheless, the aesthetic compromise uses to be the main motive of consultation. In the presence of this kind of disorder we have two possibilities: no treating it and controlling its evolution or correcting it using mucous-gingival surgery techniques. With the objective of showing the behavior of the mucous-gingival disorders and their treatment, we carried out a an observational, descriptive and transversal research in a population of 169 patients attended in the service of Periodontics of the Teaching Stomatologic Clinic III Congreso del PCC, of Matanzas, in the period between 2008 and 2010. Mucous-gingival disorders were present in 34, 1 %, and the periodontal recession was the most frequent (28,6 %). We concluded that women were the most affected, and the age groups from 15 to 34 and from 35 to 59. Most of the patients referred from the service of Orthodontics were 5 to 11 years old and were under periodontal evolvable control; the free graft of connective tissue and epithelium was the most used mucous-gingival technique in the service.

Key words: mucous-gingival disorders, periodontal recession, techniques of mucous-gingival surgery, free grafts.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mucogingivales constituyen aberraciones adquiridas de la morfología, la posición o la cantidad de gingiva que rodea los dientes. En su aparición, el espesor del periodonto influye considerablemente sobre todo cuando se asocia a alteraciones del patrón de la erupción dentaria. Cada día es más frecuente observar la preocupación de los pacientes por este tipo de trastorno, y dentro de estos, uno de los más comunes es la recesión periodontal (RP).⁽¹⁾ Guinard y Caffesse⁽²⁾ en 1978, la definieron como el desplazamiento del tejido gingival marginal hacia la zona apical del límite amelocementario, dando lugar a la exposición de la superficie radicular pudiendo afectar a uno o varios dientes. Presenta una alta prevalencia a nivel mundial y su incidencia varía del 8 % en niños y jóvenes hasta el 100 % en personas mayores de 50 años.⁽²⁻⁵⁾ Existen numerosos factores de riesgo implicados en su aparición, por lo que se considera de origen multifactorial. Esta entidad puede asociarse a caries radicular, hiperestesia dentinaria cervical, hipermovilidad, aumento de la corona clínica y pérdida dentaria.⁽⁶⁻¹⁰⁾ Ante este tipo de trastorno pueden plantearse dos posibilidades: no tratarla y controlar su evolución o corregirla mediante técnicas de cirugía mucogingival.⁽¹¹⁾

En general, se admite la idea de que la mucosa queratinizada no constituye un requisito imprescindible para asegurar la salud tanto en denticiones naturales como alrededor de los implantes dentales. Sin embargo, desde un punto de vista clínico, las restauraciones se higienizan de manera más cómoda y confortable cuando existe una adecuada banda de mucosa queratinizada periimplantaria. Algunos estudios^(12,13) demuestran que existe una mayor recesión y más pérdida de la

inserción en los implantes sometidos experimentalmente al efecto de la placa dentobacteriana cuando estos están rodeados de mucosa no queratinizada. El manejo correcto de los tejidos perimplantarios buscando como objetivo mejorar este entorno, tanto con fines estéticos como para facilitar el mantenimiento, es una práctica habitual hoy en día en la terapia implantológica. La mayoría de los problemas que se producen en la región periimplantaria se observan generalmente en la fase de mantenimiento, tras la colocación de la restauración protésica; por lo que es vital prever estas complicaciones y poner soluciones antes de que aparezcan.⁽¹³⁾ Se hace necesario realizar acciones preventivas, para actuar sobre los factores de riesgo implicados en la aparición de los trastornos mucogingivales desde edades tempranas. Desgraciadamente cuando estas acciones no se aplican o simplemente no cumplen su objetivo, la RP y los defectos asociados a zonas implantadas carentes de suficiente mucosa masticatoria periimplantaria, no demoran en aparecer. Entonces es preciso realizar una técnica de cirugía mucogingival.

En nuestro medio, se hace cada vez más frecuente el número de niños remitidos de ortodoncia por trastornos mucogingivales, así como pacientes adultos que acuden al servicio de Periodoncia, remitidos del nivel primario de atención y del servicio de prótesis con RP o con defectos mucogingivales asociados a las zonas rehabilitadas por implantes, necesitados en su mayoría de tratamiento quirúrgico periodontal.

Se realiza este trabajo con el objetivo de mostrar el comportamiento de estos trastornos y su tratamiento, en los pacientes atendidos en la consulta de Periodoncia de la Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC, en el período 2008-2010.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en una población de 169 pacientes, que cumplieron con los siguientes criterios: estar ingresado en el servicio de Periodoncia en el período 2008- 2010 o haber sido remitido del servicio de Ortodoncia por presentar un trastorno mucogingival y estar bajo seguimiento evolutivo en la consulta de Periodoncia de la Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC.

Variables utilizadas: edad, sexo, presencia de trastorno mucogingival asociado a tratamiento implantológico, trastorno mucogingival presente en paciente con necesidad de tratamiento de ortodoncia, tratamiento periodontal empleado, recesión periodontal tratada, técnica mucogingival aplicada.

Procedimientos

Se revisaron los libros de ingreso-alta del servicio de Periodoncia para obtener los datos necesarios para el estudio respecto a los pacientes ingresados (edad, sexo y año en que ingresó en el servicio). Se inspeccionaron, además, las historias clínicas individuales de los pacientes remitidos de Ortodoncia por trastornos mucogingivales a los que se les da seguimiento evolutivo en consulta de Periodoncia, así como las de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente para conocer la técnica quirúrgica empleada. La base de datos obtenida se llevó a una hoja de cálculo Excel que permitió su empleo a través del paquete estadístico SPSS versión 15.0. Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas como: números absolutos y por cientos. La información resumida se presentó en cuadros y gráficos estadísticos.

RESULTADOS

La distribución de los pacientes ingresados según afección periodontal en el servicio de Periodoncia de la Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC, del municipio Matanzas, en el período 2008-2010 se aprecia en la [tabla 1](#). La periodontitis resultó la afección periodontal más frecuente, representada por el 54,7 %, seguida de la recesión periodontal, con el 28,6 %.

Tabla 1. Distribución de los pacientes ingresados según afección periodontal. Matanzas, 2008-2010

Afecciones periodontales	Años							
	2008 n=53		2009 n=24		2010 n=49		Total n=126	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Periodontitis	28	52,8	18	75,0	23	47,9	69	54,7
Recesión periodontal	16	30,2	4	16,6	16	33,4	36	28,6
Gingivitis crónica	7	13,2	-	-	5	10,4	12	9,5
Trastornos mucogingivales asociados a zonas implantadas	2	3,8	1	4,2	4	8,3	7	5,6
Granuloma piógeno	-	-	1	4,2	-	-	1	0,8
Hiperplasia gingival generalizada	-	-	-	-	1	2,0	1	0,8

Fuente: Libros ingreso-alta.

En la [tabla 2](#) puede observarse cómo se comportó la recesión periodontal en los diferentes pacientes atendidos en el servicio de Periodoncia según edad y sexo. Nótese que de un total de 36 pacientes afectados por este proceso distrófico, 14 correspondían al grupo de edad de 19-34, seguido por el de 35 a 59 años, representados por el 38,8 y el 36,1 %, respectivamente. La recesión periodontal se presentó más en las féminas, las que mostraron un 69,4 % de afectación con relación a los hombres, su mayor % representado por el grupo de edad de 35 a 59 años, con el 27,8 %.

Tabla 2. Distribución de los pacientes con recesión periodontal según edad y sexo. Matanzas, 2008-2010

Grupos de edades	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
5-11	3	8,3	1	2,8	4	11,1
12-14	2	5,6	-	-	2	5,6
15-18	1	2,8	1	2,8	2	5,6
19-34	8	22,2	6	16,6	14	38,8
35-59	10	27,8	3	8,3	13	36,1
60 y más	1	2,8	-	-	1	2,8
Total	25	69,4	11	30,6	36	100

Fuente: Libros de ingreso-alta e historias clínicas individuales.

Los trastornos mucogingivales asociados a zonas implantadas según edad y sexo se muestran en la [tabla 3](#). De los 7 casos ingresados hubo 3 mujeres (42,9 %) y 4 hombres (57,1 %), siendo la proporción total de estos últimos ligeramente mayor que la de las féminas. Esto no se comportó de igual forma en el grupo de 35 a 39 años.

Tabla 3. Distribución de los pacientes con trastornos mucogingivales asociados a zonas implantadas según edad y sexo. Matanzas, 2008-2010

Grupos de edades	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
19-34			1	14,2	1	14,2
35-59	3	100	2	28,6	5	71,6
60 y más			1	14,2	1	14,2
Total	3	42,9	4	57,1	7	100

Fuente: Libros de ingreso-alta e historias clínicas individuales.

De un total de 61 pacientes remitidos de Ortodoncia por trastornos mucogingivales, el 68,9 % pertenecían al grupo de edad de 5 a 11 años. Se mantenían en tratamiento evolutivo 43 afectados, representados por el 70,5 % y un 29,5 % recibió tratamiento quirúrgico en el período del estudiado. El mayor número de pacientes en control evolutivo periodontal perteneció al grupo de 5 a 11 años de edad, para un 88,9 %. Sin embargo, de los 18 tratamientos quirúrgicos reportados el 55,6 % se realizó en el grupo de edad de 19 a 34 años. ([Tabla 4](#))

Tabla 4. Distribución de pacientes remitidos de Ortodoncia por trastornos mucogingivales según tratamiento periodontal aplicado y grupo de edad. Matanzas, 2008-2010

Grupos de edades	Tratamiento evolutivo		Tratamiento quirúrgico		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
5-11	38	88,3	4	22,2	42	68,9
12-14	3	7,0	2	11,1	5	8,2
15-18	2	4,7	2	11,1	4	6,5
19-34			10	55,6	10	16,4
Total	43	70,5	18	29,5	61	100

Fuente: Historias clínicas individuales.

En la [tabla 5](#) se exhiben las técnicas mucogingivales realizadas en los pacientes afectados por recesión periodontal, según grupo de edad en el período investigado. Puede apreciarse que la técnica más utilizada fue el injerto libre de tejido conectivo y epitelio, representado por el 70,8 %. Los grupos de edad en los que más se aplicó fueron en los de 19 a 34 y 35 a 59 años, respectivamente, ambos representados por el 37,1 %.

Tabla 5. Técnicas de cirugía mucogingival para recesión periodontal según grupos de edad. Matanzas, 2008-2010

Grupos de edades	Injerto libre de tejido conectivo y epitelio		Injerto libre de tejido conectivo		Colgajo deslizante lateral		Colgajo semilunar		Vestíbulo plastia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
5-11	3	8,6							1	100	4	2,3
12-14	2	5,7									2	4,2
15-18	2	5,7			1	33,3					3	6,3
19-34	13	37,1	1	16,6							14	29,1
35-59	13	37,1	5	83,3	1	33,3	4	100			23	47,9
60 y más	1	28,6			1	33,3					2	4,2
Total	34	70,8	6	12,5	3	6,3	4	8,3	1	2,1	48	100

Fuente: Historias clínicas individuales.

DISCUSIÓN

Si bien es cierto que los procesos inmunoinflamatorios crónicos son los de mayor prevalencia dentro de los que afectan los tejidos periodontales, en los últimos años se ha observado un incremento de los pacientes afectados por trastornos

mucogingivales que acuden a las consultas de Periodoncia, sobre todo con recesión periodontal. Este hecho se pone de manifiesto en el presente trabajo, ya que a pesar de que la mayoría de los pacientes ingresados entre el 2008 y el 2010 en el servicio de Periodoncia de la Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC estaban afectados por periodontitis, los que padecían RP estaban representados por un por ciento considerable.

Sotres Vázquez⁽¹⁴⁾ en su estudio, encontró que en pacientes que fueron examinados en un año, la recesión se presentó en un 17,3 %, resultado inferior a los obtenidos en esta investigación. Maetahara Rubio,⁽¹⁵⁾ por su parte, reportó que un 72,9 % de los pacientes del Servicio de Periodoncia e Implantología del Hospital Central Fuerza Aérea del Perú estaban afectados por algún grado de RP. Estudios realizados en diferentes partes del mundo y en Cuba^(2-5,14) plantean que la RP aumenta con la edad, coincidiendo con lo encontrado en este trabajo. A pesar de que la literatura reporta que la RP, es más frecuente en los hombres, en este estudio el mayor por ciento de afectadas fueron las mujeres en el grupo de edad de 35 a 59 años. Esto puede estar dado porque las féminas acuden más que los hombres a la consulta estomatológica y se preocupan mucho por su aspecto estético; en esta etapa (climaterio y menopausia) aparecen cambios hormonales donde la producción y secreción irregular y decreciente de estrógenos y progesterona, junto a la pérdida progresiva de la función ovárica generan alteraciones en el metabolismo del calcio que pueden traducirse en osteoporosis, proceso que también afecta los maxilares, y por ende, predispone a la aparición de RP. Además, en estas edades la mujer está sometida a estrés mantenido por su doble condición de trabajadora y ama de casa, de forma tal que disminuye el aporte sanguíneo y de nutrientes a los tejidos periodontales apareciendo como secuela la RP. Estos resultados se asemejan a los reportados por Rotemberg Wilf,⁽¹⁶⁾ quien considera que los niveles circulantes de estrógenos en la mujer posmenopáusica producen pérdida de la densidad ósea en los maxilares y alteraciones en el mantenimiento y metabolismo del colágeno. El déficit de estrógenos también incrementa la presencia en el medio interno de factores de necrosis tumoral e interleucinas que estimulan la reabsorción ósea osteoclástica, favoreciendo el desarrollo de RP.

Chung⁽¹⁷⁾ reporta que la ausencia de tejido queratinizado alrededor de los implantes, aumenta la susceptibilidad de la región periimplantaria a la destrucción inducida por placa y a la presencia de inflamación gingival, situación similar presentaban los pacientes rehabilitados por implantes referidos de Prótesis a nuestro servicio.

Las autoras opinan que se hace necesario dar un seguimiento evolutivo en consulta al paciente que presente un periodonto delgado y vaya a recibir tratamiento ortodóntico expansivo. La presencia de encía insuficiente y de una cortical ósea delgada son consideradas condiciones anatómicas favorables para el desarrollo de recesiones, por lo que constituyen factores de riesgo que predisponen su inicio y progreso. En algunos casos puede esperarse para realizar cirugía mucogingival, sobre todo en pacientes de edad temprana, no así en los de mayor edad, donde es evidente la aparición del defecto asociado a aparatología ortodóntica y donde se requiere la realización de un tratamiento quirúrgico. Situación que se presentó en esta investigación. Resultados similares fueron reportados por Nart y cols.⁽⁶⁾

En la presente investigación el proceder quirúrgico más utilizado fue el injerto libre de tejido conectivo y epitelio (ILTCE), técnica versátil, razonablemente sencilla, que puede usarse para tratar varios defectos y a la vez cubrir recesiones, aumentar la cantidad de tejido queratinizado periimplantario y la profundidad vestibular, mientras el paladar proporcione tejido donador abundante y tiene un porcentaje de éxito bastante elevado.⁽¹⁸⁻²⁰⁾ Algunos autores^(21,22) defienden el uso de otras técnicas, atribuyéndole al ILTCE como desventajas el requerimiento de dos zonas

quirúrgicas, el aporte sanguíneo comprometido y el compromiso estético.

Se concluye que los trastornos mucogingivales se presentaron en un número considerable de pacientes, la periodontitis y la recesión periodontal fueron las afecciones más frecuentes en los pacientes ingresados, los pacientes más afectados por recesión periodontal pertenecían al sexo femenino y a los grupos de edad de 15-34 y de 35-59 años. La mayoría de los pacientes remitidos de Ortodoncia, se encontraban en el grupo de edad de 5-11 años y se mantenían bajo control evolutivo periodontal, y la técnica de cirugía mucogingival más utilizada fue el injerto libre de tejido conectivo y epitelio en las edades de 19-34 y de 35-59 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McGuire MK, Scheyer ET, Nevins ML, Neiva R, Cochran DL, Mellonig JT, et al. Living Cellular Construct for Increasing the Width of Keratinized Gingiva: Results from a Randomized, Within-Patient, Controlled Trial. *J Periodontol* [Internet]. 2011 Oct [citado 26 Ago 2012];82(10). Disponible en: <http://www.joponline.org/doi/abs/10.1902/jop.2011.100671?journalCode=jop>
2. Guinard EA, Caffesse RG. Localized Gingival Recessions: Etiología and Prevalence. *J Western S Periodontol*. 1977;25(1):3-9. Citado en PubMed; PMID: 141652.
3. Carranza N. *Clinical Periodontology*. 9na ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2004. t. 9. p. 162-77.
4. Roque de Escobar Ordanza S, Márquez Ventura Y, Peralta Mesú Y, Hidalgo Fouz R. *Pesquisaje de pacientes según tipo de periodonto en escuelas primarias*. 16 de Abril [Internet]. 2005 [citado 10 Ago 2012];221. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/221/periodonto.html>
5. Báez Y. *Influencia de factores de riesgo encontrados en los estudiantes con periodonto tipo IV [tesis]*. Matanzas: Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC; 2006.
6. Nart J, Carrió N, Estela N, López A, Traveria S, Santos A. *Tratamientos mucogingivales en ortodoncia*. *Ortodoncia Clínica*. 2008;11(2):14-23.
7. Melsen B. Factors of importance for the development of dehiscences during labial movement of mandibular incisors: A retrospective study of adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2005;127(5):552-61. Citado en PubMed; PMID: 15877035.
8. Monteverde C, Zuled M. *Piercing y condición de higiene bucal como factores de riesgo de recesión gingival*. *Odus Científica* [Internet]. 2008 Jul-Dic [citado 26 Ago 2012];9(2). Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v9n2/art2.pdf>
9. Ferreira Gazel YK, Gonçalves Zenobio E, Pacheco W. *A etiología multifactorial da recessão periodontal*. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial* [Internet]. 2006 [citado 26 Ago 2012];11(6):45-51. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/%OD/dpress/v11n6/a07v11n6.pdf>
10. Von Söhsten Marinho E, Cimões R, Jamelli SR. *Recessão gengival na infância*.

Internat J Dentistry [Internet]. 2007 [citado 26 Ago 2012];6(4):113-6. Disponible en: <http://www.ufpe.br/ijd/index.php/exemplo/article/viewFile/62/53>

11. Vicario-Juan M, Pascual-La Rocca A, Vives-Bonet MT, Santos-Aleman A. Técnicas de cirugía mucogingival para el cubrimiento radicular. RCOE [Internet]. 2006 Ene-Feb [citado 26 Ago 2012];11(1):61-73. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2006000100004&script=sci_arttext

12. Mateos L, Lázaro PJ, Herrero F, Herrero M. Técnicas quirúrgicas periodontales aplicadas a la implantología. Av Periodon Implantol [Internet]. 2003 Ago [citado 26 Ago 2012];15(2):57-68. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852003000200002&script=sci_arttext

13. Takei HH, Azzi RR, Han T. Periodontal plastic and esthetic surgery. En: Newmann MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editores. Carranza's Clinical Periodontology. 10ma ed. St Louis Missouri: Saunders Elsevier; 2006. p. 1005-26.

14. Sotres Vázquez J, García López E, Blanco Ruiz AO, Rodríguez García LO, Medina Rubio AC. Retracción gingival e hiperestesia dentinal. Causas y prevención. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2004 Mayo-Ago [citado 18 Sept 2012];41(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

15. Maetahara Rubio DM. Prevalencia, extensión y severidad de recesiones gingivales en pacientes del hospital central de la fuerza aérea del Perú [tesis] [Internet]. 2006 [citado 26 Ago 2012]. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/maetahara_rd/html/sdx/maetahara_rd.htm

16. Rotemberg Wilf E, Smasik Frydman K. Manifestaciones periodontales de los estados fisiológicos de la mujer. Odontoestomatología [Internet]. 2009 Nov [citado 23 Sep 2012];11(13). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392009000200003&script=sci_arttext

17. Chung DM, Oh TJ, Shotwell JL, Misch CE, Wang HL. Significance of keratinized mucosa in maintenance of dental implants with different surfaces. J Periodontol. 2006 Aug;77(8):1410-20. Citado en PubMed; PMID: 16881810.

18. Bains VK, Gupta V, Singh GP, Bains R. Mucogingival surgery: where we stand today. J Calif Dent Assoc. 2011 Aug; 39(8):573-83. Citado en PubMed; PMID: 21957822.

19. Barragán C, Alforcea Barragán C, Savoini M, Campos H, Nart J. Aumento de encía queratinizada periimplantaria mediante técnica de injerto libre de encía: a propósito de un caso clínico. Rev Odontol Esp [Internet]. 2011 [citado 23 Sep 2012]. Disponible en: http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=239&Itemid=1

20. Puglisi R, Santos A, Savoini M. Injerto gingival libre obtenido de un injerto gingival libre previo. A propósito de un caso clínico. Rev Odontol Esp [Internet]. 2012 Ene [citado 10 agosto 2012];1(1-1). Disponible en: http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=241&Itemid=1

21. Ardila Medina CM. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Avances en Periodoncia* [Internet]. 2009 Abr [citada 23 Sep 2012];21(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169965852009000100005&script=sci_arttext

22. Dembowska E, Drozdzyk A. Subepithelial connective tissue graft in the treatment of multiple gingival recession. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2007 Sep;104(3):1-7. Citado en PubMed; PMID: 17618142.

Recibido: 12 de marzo de 2013.

Aceptado: 15 de abril de 2013.

Rosario Cruz Morales. Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC. Contreras esq. a Buenavista, Matanzas, Cuba. Correo electrónico: rosarioc.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Cruz Morales R, Brito Pérez K, Caballero López D. Comportamiento de los trastornos mucogingivales y su tratamiento. Matanzas, 2008-2010. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2013 May-Jun [citado: fecha de acceso];35(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol3%202013/tema05.htm>