



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

PREVALENCIA, SEVERIDAD Y FACTORES ASOCIADOS DE RECESIONES
GINGIVALES EN UN CENTRO ODONTOLÓGICO PRIVADO EN
TRUJILLO

PREVALENCE, SEVERITY AND ASSOCIATED FACTORS OF
GINGIVAL RECESSIONS IN A PRIVATE DENTAL CENTER IN TRUJILLO

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN PERIODONCIA E IMPLANTOLOGÍA

AUTOR

GABRIELA GUADALUPE LOU GOMEZ

ASESOR

MARCO ANTONIO ALARCON PALACIOS

LIMA - PERÚ

2026

JURADO

Presidente: MG. PATRICIA CONSUELO HORNA VALLE

Vocal: MG. AILIN ROSARIO CABRERA MATTA

Secretario: MG. NATALI CHAVEZ VEREAU

Fecha de Sustentación: 10 de junio de 2026

Calificación: Aprobada

ASESOR DE TESIS

ASESOR

MG. MARCO ANTONIO ALARCON PALACIOS

Departamento Académico de Clínica Estomatológica

ORCID: 0000-0002-0330-8807

DEDICATORIA

Este logro está dedicado a mis padres, a quienes les agradezco por estar a mi lado de forma incondicional desde el primer día; su apoyo me dio la fuerza necesaria para no rendirme jamás. Son y serán mi gran modelo a seguir, y la base de cada uno de mis éxitos y proyectos futuros.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la vida de mis seres queridos. Mi agradecimiento a la Universidad Peruana Cayetano Heredia y a sus docentes por su compromiso con la excelencia académica. A mis padres y hermano, por su constante compañía y consejos a la distancia; a mi tía Soraya y primos, por acogerme estos años y hacerme sentir como en casa. A Rodrigo que estuvo conmigo acompañándome en este proceso. Finalmente, a mis amigos del posgrado, por su apoyo y gratos momentos en esta gran etapa.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

DECLARACIONES Y CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

El egresado:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	LOU GOMEZ GABRIELA GUADALUPE

Perteneciente al programa de la **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PERIODONCIA E IMPLANTOLOGIA**, autor del trabajo titulado: **PREVALENCIA, SEVERIDAD Y FACTORES ASOCIADOS DE RECESIONES GINGIVALES EN UN CENTRO ODONTOLÓGICO PRIVADO EN TRUJILLO** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PERIODONCIA E IMPLANTOLOGÍA** bajo la modalidad de **TESIS**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	ALARCON PALACIOS MARCO ANTONIO	ESTOMATOLOGÍA	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **13%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3601479994**; fecha de entrega: **25-06-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 25 de junio del 2026.**

Firma del asesor
N° DNI: 10587840
ORCID: 0000-0002-0330-8807



TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
II. Objetivos	3
III. Materiales y métodos	4
IV. Resultados	13
V. Discusión	14
VI. Conclusiones	22
VII. Referencias bibliográficas	23
VIII. Tablas	29
Anexos	

RESUMEN

Antecedentes: Las recesiones gingivales consisten en el desplazamiento apical del margen gingival exponiendo la raíz, con una prevalencia mundial que oscila entre 48 y 99.7%.

Objetivo: Determinar la prevalencia y severidad de recesiones gingivales en pacientes adultos en un centro odontológico privado de la ciudad de Trujillo-Perú, en el periodo de julio a setiembre del 2025.

Materiales y métodos: Fue un estudio transversal y descriptivo. Se registró a 185 pacientes adultos con salud periodontal. Se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados: La prevalencia de recesiones gingivales fue del 63.2% predominando la severidad tipo RT2(61.5%). Se observó mayor afección en el sexo masculino(79.6%) y en pacientes con espesor gingival delgado(75.9%). Se registró una mayor prevalencia en pacientes sin tratamiento de ortodoncia (67.5%)y lesiones cervicales no cariosas tipo B+(10.8%). Asimismo la prevalencia fue alta en quienes usaban cepillos de cerdas duras (76.9%) y utilizaban una técnica de cepillado de varios movimientos o movimientos verticales(71.4%). A nivel pieza dentaria, se reportó mayor prevalencia en las piezas 31 y 41 (39.5% y 36.4%, respectivamente).

Conclusiones: La prevalencia de recesiones gingivales en una población peruana fue de 63.2%, mayoritariamente del tipo RT2. Se evidenció una mayor frecuencia en varones, biotipos gingivales delgado y a medida que avanzaba la edad. Se reportó una mayor proporción en pacientes sin antecedentes de tratamiento de ortodoncia, con presencia de lesiones cervicales tipo B+, con determinados hábitos de higiene y en los incisivos centrales inferiores.

Palabras claves: Prevalence, Gingival recession, Gingiva, Non-cariou cervical lesions.

ABSTRACT

Background: Gingival recessions consist of the apical displacement of the gingival margin exposing the root, with a worldwide prevalence ranging from 48 to 99.7%.

Objective: To determine the prevalence and severity of gingival recessions in adult patients in a private dental center in the city of Trujillo-Peru, during the period from July to September 2025.

Materials and methods: It was a cross-sectional, descriptive study. 185 adult patients with periodontal health were registered. A descriptive analysis was performed using frequencies and percentages.

Results: The prevalence of gingival recessions was 63.2%, with RT2 severity predominating (61.5%). A higher prevalence was observed in males (79.6%) and in patients with thin gingival margins (75.9%). A higher prevalence was recorded in patients without orthodontic treatment (67.5%) and those with non-carious cervical lesions (type B+) (10.8%). Prevalence was also high in those using hard-bristled toothbrushes (76.9%) and those employing a multi-motion or vertical brushing technique (71.4%). At the tooth level, the highest prevalence was reported in teeth 31 and 41 (39.5% and 36.4%, respectively).

Conclusions: The prevalence of gingival recessions in a Peruvian population was 63.2%, mostly of type RT2. A higher frequency was observed in males, those with thin gingival biotypes, and with increasing age. A higher proportion was reported in patients without a history of orthodontic treatment, those with type B+ cervical lesions, those with certain hygiene habits, and those affecting the lower central incisors.

Keywords: Prevalence, Gingival recession, Gingiva, Non-carious cervical lesions.

I. INTRODUCCIÓN

La recesión gingival en piezas dentales se define como el desplazamiento del margen gingival hacia apical con respecto a la unión cemento-esmalte, lo que implica la pérdida de tejidos periodontales como encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso, exponiendo la superficie radicular a la cavidad oral. Los defectos de esta recesión gingival pueden ser localizados o generalizados y pueden ubicarse en la superficie vestibular, lingual o interproximal (1). Se considera una de las deformidades mucogingivales más frecuentes (2), cuyo tratamiento dependerá de los factores etiológicos y características del defecto (3). En algunos casos, los pacientes pueden no presentar síntomas significativos (4), en otros puede generar un problema estético, hipersensibilidad dentinaria y lesiones cervicales cariosas y no cariosas en la raíz expuesta (1, 2, 4, 5).

Entre los principales factores etiológicos más relevantes destacan las afecciones periodontales inflamatorias y los traumatismos mecánicos (6). Asimismo, se han identificado factores predisponentes como el espesor gingival delgado, la escasa encía adherida, las malposiciones dentarias y las inserciones altas del frenillo; la presencia de restauraciones cervicales defectuosas y tratamiento de ortodoncia previo son considerados como factores iatrogénicos (4, 5). Otros factores patológicos incluyen el cepillado dental traumático (4) y los piercings orales. (7).

La prevalencia de recesión gingival y la severidad suelen presentarse mayormente en la población adulta y tienden a incrementar con la edad, así como por el incremento de la esperanza de vida y que actualmente los adultos mayores conservan más sus piezas dentarias (2), lo que también se asocia al aumento de las

lesiones cervicales no cariosas con la edad (9). El motivo podría estar vinculado a que estas lesiones modifican la superficie de la raíz o diente, provocando una posible desaparición de la unión cemento-esmalte original y/o la formación de concavidades (2), en el 2010 Pini-Prato propuso una clasificación que considera la presencia o ausencia de la unión cemento-esmalte y de las concavidades radiculares, donde la clase A corresponde a piezas donde la unión cemento-esmalte es detectable y la clase B a aquellas en las que no lo es; además, la clase + indica una concavidad mayor de 0,5 mm en la superficie radicular, mientras que la clase – representa la ausencia de esta (10). Posteriormente Cairo et al. plantearon una clasificación moderna establecida según la pérdida de inserción clínica, en la que la recesión tipo I, no presenta una pérdida de inserción interproximal, siendo la unión cemento-esmalte interproximal no detectable clínicamente en esas caras; la recesión tipo II, muestra pérdida de inserción interproximal menor igual a la bucal y la recesión tipo III se refiere a la pérdida de inserción interproximal mayor a la bucal, siendo el sitio con mayor pérdida interproximal es el que determinará el tipo.(8)

Dentro de la literatura encontramos una revisión sistemática y metaanálisis que refiere que, a nivel mundial, la prevalencia de recesiones gingivales varía ampliamente entre poblaciones, como las de América del Norte, América del Sur África, Australia y Europa, con rangos que oscilan entre un 48% y 99.7%, afectando a más de dos tercios de la población. (11). En el Perú, los datos son limitados; sin embargo, en la capital del país, se reportó una prevalencia de 94.3% (12).

Ante la escasez de información local sobre la prevalencia y factores asociados a las recesiones gingivales, este estudio tuvo como objetivo evaluar su prevalencia en

una población adulta atendida en un centro odontológico privado de la ciudad de Trujillo, así como su asociación con diversos factores de riesgo, debido a que las recesiones gingivales afectan no solo la salud bucal, sino también la estética y la calidad de vida de los pacientes, además los resultados buscan contribuir a fortalecer la educación preventiva y la práctica clínica de los profesionales en formación y ejercicio.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la prevalencia y severidad de recesiones gingivales en pacientes adultos en un centro odontológico privado en Trujillo, en el periodo de julio a setiembre del 2025.

Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia de recesiones gingivales en un centro odontológico privado en Trujillo según el sexo, edad y espesor gingival.
2. Determinar la severidad de las recesiones gingivales en un centro odontológico privado en Trujillo según el sexo, edad y el espesor gingival.
3. Determinar la prevalencia de recesiones gingivales con relación a antecedentes de ortodoncia, presencia de lesiones cervicales no cariosas y hábitos de higiene oral.
4. Determinar la prevalencia de las recesiones gingivales a nivel diente en pacientes en un centro odontológico privado en Trujillo.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

El estudio fue transversal y descriptivo.

Población

La población estuvo conformada por 286 pacientes que acudieron a un centro odontológico privado en la ciudad de Trujillo en el periodo de julio a setiembre del 2025.

Muestra

El tamaño de muestra se calculó para la estimación de una proporción en una población finita, considerando una población total de 286 pacientes. El cálculo se realizó mediante el programa EpiDat versión 4.2, desarrollado por el servicio Gallego de Salud (España) en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud, se asumió una proporción esperada de 50% ($p=0.5$) debido a la ausencia de estudios similares previos. Se consideró un nivel de confianza de 95% y un error máximo permitido de 5%. La proporción complementaria se asumió $q=0.5$.

El cálculo del tamaño de muestra resultó en un mínimo de 165 personas que acudieron a un centro odontológico privado en la ciudad de Trujillo, sin embargo, se consideraron 20 personas adicionales; este incremento no alteró los objetivos, procedimientos, riesgos ni beneficios del estudio, los cuales se mantuvieron íntegramente conforme a lo aprobado por el comité de ética. El aumento se produjo porque dentro del tiempo en que fue posible realizar la recolección, acudieron más

pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. Teniendo en total un tamaño muestral de 185 pacientes, los cuales fueron tomados por muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, durante el periodo de julio a setiembre del 2025 en pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión durante el periodo de recolección de datos.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con más de 18 años.
- Pacientes con salud gingival.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con trastornos sistémicos como:
 - o Síndrome de Papillon-Lefèvre
 - o Epidermólisis ampollosa
 - o Síndrome de Ehlers-Danlos
 - o Infección VIH
 - o Diabetes Mellitus
- Pacientes con enfermedad periodontal.
- Pacientes que hayan recibido tratamiento de cobertura radicular previo.
- Pacientes en tratamiento de ortodoncia activa.

Definición operacional de variables

- a. Presencia de recesión gingival: Desplazamiento apical del margen gingival con respecto a la unión cemento-esmalte. Se consideró presente cuando el paciente

presentó al menos una recesión gingival clínicamente detectable, medida con una sonda Carolina del Norte y registrada en el periodontograma. Fue una variable cualitativa nominal donde se registró la presencia o ausencia de esta mediante las respuestas: Sí o no.

- b. Severidad: Grado de desplazamiento del margen gingival hacia apical a la unión cemento-esmalte. Se clasificó según la clasificación de recesiones gingivales según Cairo, la cual se basa en el nivel de inserción clínica, que se obtiene combinando la profundidad de sondaje con la posición del margen gingival. Fue una variable cualitativa ordinal donde las posibles respuestas fueron RT1= sin pérdida de inserción interproximal y la unión cemento-esmalte interproximal no detectable clínicamente en esas caras; RT2= pérdida de inserción interproximal menor o igual a la bucal y RT3= pérdida de inserción interproximal mayor a la bucal.⁸

- c. Sexo: Conjunto de características biológicas que definen el género. Se expresó en masculino y femenino. Fue una variable cualitativa nominal donde las categorías fueron: masculino y femenino.

- d. Edad: Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la evaluación. Se registró según la edad cronológica del paciente y fue categorizada por grupos etarios. Fue una variable cualitativa ordinal que se registró como: 18-34 años, 35-49 años, 50-64 años y 65-82 años.

- e. Antecedente de ortodoncia: Historia previa de tratamiento ortodóntico realizado en el paciente. Se determinó si el paciente presentó o no antecedentes de tratamiento ortodóntico, mediante un interrogatorio. Fue una variable cualitativa nominal, donde las respuestas fueron: sí o no

- f. Tipo de cepillo: Hace referencia a la rigidez de las cerdas del cepillo dental utilizado por el paciente. Se registró mediante interrogatorio directo. Fue una variable cualitativa ordinal, donde las posibles respuestas fueron: suaves, medias, duras o no sé.

- g. Técnica de cepillado: Es el tipo de movimiento realizado por el paciente durante el cepillado dental. Se registró mediante interrogatorio directo. Fue una variable cualitativa nominal, donde las posibles respuestas fueron: movimientos verticales, movimientos horizontales, movimientos circulares y varios movimientos o no sé.

- h. Frecuencia de cepillado: Número de veces que el paciente realiza el cepillo dental durante un día. Se registró mediante interrogatorio directo. Fue una variable cualitativa ordinal, donde la posible respuesta fue 2 veces o 3 veces a más.

- i. Tipo de lesión cervical no cariosa: Clasificación de la lesión cervical no cariosa según la detección de la unión cemento-esmalte detectable y la profundidad de la concavidad en la superficie radicular. Se determinó clínicamente con una

sonda Carolina del Norte, se clasificó según la clasificación de Pini-Prato. Fue una variable cualitativa nominal, donde las posibles respuestas son A+= Fue detectable la unión cemento-esmalte y la concavidad fue mayor a 0.5mm, A- = Fue detectable la unión cemento-esmalte y hubo ausencia de concavidad, B+= No fue detectable la unión cemento-esmalte y la concavidad fue mayor a 0.5mm y B- = No fue detectable la unión cemento-esmalte y hay ausencia de concavidad.¹⁰

- j. Espesor gingival: Grosor de la encía. Se determinó por la translucidez de la sonda periodontal a través del tejido gingival al insertarla en el surco vestibular de los incisivos centrales superiores. Fue una variable cualitativa nominal, donde las posibles respuestas fueron: delgada= cuando la sonda se translució a través del tejido gingival, grueso= cuando la sonda no se translució a través del tejido gingival.¹³

Procedimientos y técnicas

El presente estudio fue de tipo transversal y descriptivo. La evaluación fue realizada por dos operadores, una residente de periodoncia e implantología y un residente de ortodoncia (GGLG y IJLG) quienes fueron los encargados de registrar con una sonda periodontal la ubicación del margen gingival y profundidad de sondaje de las piezas dentarias en mesial, vestibular y distal de las superficies vestibulares. Previamente al inicio de la recolección de datos, ambos examinadores recibieron un entrenamiento teórico de 3 horas de duración, dirigido por un especialista en periodoncia (MAAP) con 20 años de experiencia clínica como especialista y 15

años trayectoria docente e investigadora, en la Clínica dental del post grado de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Durante este proceso se estandarizó la evaluación de parámetros como uso de la sonda periodontal, margen gingival, espesor gingival y lesiones cervicales no cariosas.

Ambos operadores realizaron la calibración clínica enfocada de manera exclusiva en una variable cuantitativa del estudio: el parámetro clínico de distancia del margen gingival a la unión cemento-esmalte. Esta calibración se efectuó en cuatro pacientes de diferentes edades (60 años, 24 años, 32 años y 40 años) quienes fueron informados sobre los objetivos del estudio y aceptaron participar voluntariamente de manera verbal. Estos pacientes presentaban recesiones gingivales y fueron seleccionados por conveniencia y se les evaluó las superficies vestibulares, en el primer paciente se evaluó tanto arcada superior como inferior (28 piezas dentales), mientras que en los otros pacientes únicamente la arcada inferior (12 piezas dentales en el segundo paciente, 11 piezas dentales en el tercer paciente y 13 piezas dentales en el cuarto paciente). En cada caso, el especialista en periodoncia realizó inicialmente la medición del margen gingival de las piezas dentarias en mesial, vestibular y distal, la cual fue considerada como patrón de referencia. Posteriormente, los dos examinadores, entre ellos la investigadora principal, efectuaron el mismo procedimiento de manera individual. Los datos fueron registrados en una hoja de Excel por un observador externo. Asimismo, las mediciones se realizaron dos veces por los dos examinadores en un intervalo de 15 minutos entre la primera y la segunda medición.

Se obtuvo una concordancia interexaminador mediante un coeficiente de correlación intraclass (CCI) de 0,790 para medidas únicas, evidenciando una buena

concordancia entre el gold estándar y la investigadora principal y en la concordancia intraexaminador se obtuvo un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,825 para medidas únicas, evidenciando una buena concordancia entre las mediciones realizadas por la investigadora principal (Anexo 1). Así mismo, el segundo operador, obtuvo en la concordancia interexaminador un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,753 para medidas únicas, evidenciando una buena concordancia entre el gold estándar y el segundo operador y en la concordancia intraexaminador obtuvo un CCI de 0,848 para medidas únicas, lo que indica una buena concordancia entre las mediciones realizadas por el segundo operador (Anexo 2). Estos resultados confirman que el proceso de calibración fue adecuado y que existe una alta reproducibilidad en las mediciones efectuadas en la presente investigación.

Todos los pacientes fueron informados sobre los objetivos y procedimientos del estudio y luego de absolver las dudas pertinentes, firmaron el consentimiento informado (Anexo 03). Posteriormente, se verificó que cumplieran con los criterios de inclusión relacionados con la salud gingival, definido como la ausencia de inflamación gingival detectable clínicamente y menos de 10% de sitios con sangrado al sondaje. Una vez confirmada la elegibilidad de los participantes, se les entregó a los participantes 15 ml de clorhexidina al 0.12% para que se enjuaguen por 20 segundos. Los operadores se encontraron uniformados y con el equipo de protección personal correspondiente. El examen clínico que se realizó en la unidad dental, utilizando la luz de la misma.

Se procedió a registrar la profundidad de sondaje y el nivel del margen gingival de las piezas presente por vestibular, utilizando una sonda periodontal Carolina del

Norte y equipo de diagnóstico en un periodontograma (Anexo 04). La evaluación se inició por la arcada superior del lado derecho y culminó en la arcada inferior del lado izquierdo.

En la ficha de recolección de datos (Anexo 05) se registró de manera anónima la edad y el sexo del paciente. La severidad de la recesión gingival fue determinada según la clasificación de Cairo, se anotó en la ficha de recolección de datos las piezas afectadas. Asimismo, se registró la presencia o ausencia de lesiones cervicales no cariosas y se colocó en el recuadro el número de la pieza según la clasificación de Pini-Prato a la que pertenezca. El espesor gingival se evaluó observando la translucidez de la encía al introducir la sonda periodontal en el surco vestibular, se clasificó como delgada cuando se traslucía la sonda a través de la encía y como gruesa cuando no se observaba. También se registró si el paciente había recibido tratamiento de ortodoncia previo. Finalmente, se indagó sobre los hábitos de higiene dental. Se registró el tipo de cerdas del cepillo dental (suaves, medias, duras o si desconoce), la técnica de cepillado utilizada (varios movimientos, movimientos verticales, movimientos horizontales, movimientos circulares o si desconoce), y la frecuencia del cepillado diario.

A los pacientes participantes se les ofreció una profilaxis dental. En los casos donde se diagnosticaron recesiones gingivales, se les informó sobre la severidad de su caso y las posibles opciones de tratamiento.

Con los datos recolectados, a nivel individual, se evaluó el porcentaje de personas afectadas con recesiones gingivales y su severidad, considerando como presencia de recesión gingival al menos un diente con esta condición. Asimismo, se determinó

la prevalencia de recesión gingival según espesor gingival, antecedente de ortodoncia previa, presencia de lesiones cervicales no cariosas, tipo de cepillo, técnica de cepillado y frecuencia de cepillado, en cuanto a la severidad de recesiones gingivales se consideró al individuo de acuerdo con el mayor tipo de RT presente en boca y en cuanto a las lesiones cervicales no cariosas se consideró como categoría final aquella correspondiente al mayor compromiso estructural observado. Finalmente, se calculó la prevalencia de las recesiones gingivales a nivel diente en los pacientes incluidos en el estudio, las cuales fueron un total de 5920 piezas dentales.

Aspectos éticos del estudio

Este estudio se realizó posterior a la aprobación del comité institucional de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH). Todos los participantes fueron informados detalladamente del propósito, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio, tras lo cual firmaron voluntariamente el consentimiento informado.

Se aseguró la confidencialidad de la información obtenida mediante el anonimato. Los datos obtenidos fueron utilizados exclusivamente con fines académicos y de investigación. Como beneficio por su participación, los participantes recibieron una profilaxis dental gratuita. Asimismo, aquellos que presentaron recesiones gingivales fueron informados sobre el diagnóstico, la severidad de su condición y las posibles alternativas de tratamiento.

Plan de análisis

Los datos recolectados fueron ingresados en una hoja de cálculo de Excel y posteriormente se procesó y codificó en el software estadístico RStudio. Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes, dado que el propósito del estudio fue describir la prevalencia y severidad de las recesiones gingivales y su distribución según factores clínicos e higiénicos. Asimismo, la figura correspondiente a la prevalencia por pieza dentaria fue elaborada en el software estadístico RStudio.

IV. RESULTADOS

Durante el reclutamiento 194 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y fueron invitados a participar. Sin embargo, 9 pacientes decidieron no formar parte del estudio (tasa de rechazo: 4.9%), por razones como falta de tiempo, desinterés o porque solo deseaban una consulta en específico. En consecuencia, la muestra final estuvo conformada por 185 participantes, de los cuales 136 fueron de sexo de femenino y 49 de sexo masculino. Del total, el 68.1% no habían recibido tratamiento de ortodoncia previo, y entre los pacientes que presentaron recesiones gingivales 59 mostraron lesiones cervicales no cariosas. La prevalencia de recesiones gingivales fue de 63.2%, y entre los casos identificados y la severidad con mayor predominio fue el tipo RT2(61.5%), seguido de la RT1 (29.1%) (Tabla 1).

Se observó una mayor proporción de recesiones gingivales en el sexo masculino (79.6%), y que aumentó progresivamente, por ejemplo, de 18 a 34 años (45.7%) y de 65 a 82 años (100%) y mayor prevalencia en espesor gingival delgado (75.9%)

(Tabla 2). Con respecto a la severidad, tanto el sexo femenino como masculino presentaron una mayor prevalencia de RT2 (61.6%), de igual manera, solo el grupo etario 18 a 34 años presentaron mayor prevalencia de RT1 (48.6%), en los demás grupos predominó la RT2. (Tabla 3).

La mayor frecuencia de recesiones gingivales se observó en personas sin antecedente de ortodoncia previa (67.5%). La lesión cervical no cariosa más predominante fue la B+ (10.8%). En cuanto a los hábitos de higiene oral, los cepillos con mayor prevalencia de esta condición fueron los de cerdas duras (76.9%), Las técnicas de cepillado más frecuentes entre los afectados fueron la de varios movimientos y movimientos verticales (71.4%), junto con la frecuencia de cepillado de 2 veces por día. (Tabla 4).

En la distribución por pieza dentaria se analizaron 5920 piezas y se observó prevalencias más elevadas en los dientes inferiores, destacando las piezas 41 (36.4%) y 31 (39.5%), mientras que en la arcada superior las mayores prevalencias correspondieron a las piezas 26 (23.2%) y 16 (22.7%), constituyendo los porcentajes más altos dentro del conjunto evaluado. (Figura 1).

V. DISCUSIÓN

Dentro de los datos obtenidos podemos destacar que la prevalencia de recesiones gingivales obtenida fue de 63.2% y fueron más predominantes las RT2, siendo el sexo masculino y espesor delgado gingival los que presentaron más frecuencia de esta afección y que aumentó conforme incrementó la edad. Se encontró mayor prevalencia en el maxilar inferior, y a nivel de pieza dentaria las más afectadas fueron las piezas 41, 31, 16 y 26

En relación con la prevalencia general, los hallazgos del presente estudio se encontraron dentro de los rangos reportados a nivel internacional por Yadav et al.(11), en su revisión sistemática y metaanálisis reportaron prevalencias que oscilan entre 48% y 99.7%. De manera similar, Marschener et al. (14) en su revisión sistemática y metaanálisis informaron una prevalencia de 81%, concluyendo que las recesiones son una afección altamente prevalente. Las diferencias en la prevalencia entre estudios podrían explicarse por variaciones metodológicas, como los criterios de inclusión de los participantes, la condición periodontal de la población evaluada y los métodos diagnósticos utilizados. En el presente estudio solo se incluyeron pacientes con salud periodontal, lo que podría haber reducido la prevalencia observada en comparación con estudios que incluyeron pacientes con enfermedad periodontal. Al comparar con el contexto latinoamericano, nuestros resultados son similares a los reportados por Burgos et al. (15) de 61%, en Colombia. En contraste, se difiere de los reportados por Marini et al. (16) 89% en Brasil y Strauss et al. (17) 90.9% en Chile. Estas diferencias podrían deberse a variaciones metodológicas. Marini et al. (16) evaluaron la superficie lingual y no especificaron la condición periodontal de sus participantes y Strauss et al. (17) incluyeron pacientes adultos con periodontitis y diabetes, condiciones que aumentan la prevalencia. A nivel local, nuestros datos coinciden con la tesis de Alvarez (18) quien también reporta un 61% en Trujillo, pero difieren del 94.3% de Castro-Rodríguez et al. (12) en Lima, posiblemente debido a que incluyeron pacientes sanos como con enfermedad periodontal leve.

Con respecto a la severidad, clasificada según Cairo, el tipo RT2 fue el más predominante. Aunque todos los participantes fueron clasificados como

periodontalmente sanos, la mayor frecuencia de recesiones tipo RT2 podría estar relacionada con factores mecánicos asociados a hábitos de higiene oral. Sin embargo, debido al diseño transversal del estudio, no es posible establecer una relación causal entre estas variables. Asimismo, la presencia de dientes adyacentes a zonas edéntulas, pueden modificar la arquitectura del tejido blando y provocar un patrón clínico compatible con una RT2 como producto de la remodelación ósea. La mayor prevalencia de RT2 en nuestro estudio, coincide con Romandi et al. (19), (88.8% de RT2), pero nuestro resultado difiere de Moura et al. (20) y de Sisalima et al. (21) quienes observaron mayor prevalencia RT3 y RT1, respectivamente. Estas discrepancias podrían atribuirse a diferencias metodológicas, ya que ambos estudios analizaron la severidad a nivel de pieza dentaria.

En relación con el sexo, se observó una mayor prevalencia de recesiones en pacientes masculinos, concordando con Alvarez (18) y Castro-Rodríguez et al (12). Sin embargo, se difiere de Matos-Pereira et al. (22) y Burgos et al. (15), quienes identificaron una mayor prevalencia en mujeres. Esta divergencia podría radicar en el tipo de muestra, mientras el de Matos-Pereira et al. (22) fue por conveniencia en pacientes con recesiones gingivales, nuestro estudio empleó un muestreo consecutivo. Además, por factores no evaluados en nuestro estudio, como la malposición dentaria reportada por Burgos et al. (15) que podrían influir en estas diferencias.

En el presente estudio, la prevalencia de recesiones gingivales aumentó progresivamente con la edad, el grupo de 18-34 años presentó 45.7%, cifra que ascendió conforme incrementaba la edad; aunque el grupo de 65 a 82 años presentó una prevalencia del 100%, este resultado debe interpretarse con cautela debido al

reducido número de participantes en esta categoría. Datos similares encontramos en resultados de Marini et al. (16), con mayores prevalencias en grupos mayores de 50 años, y con Strauss et al. (17) quienes observaron un aumento marcado al comparar población adolescente (14,1%) con adultos (90.9%), de igual manera Moura et al. (20) y Amran et al. (23) describen una relación positiva entre la edad y la recesión gingival. Este patrón puede atribuirse por el mayor tiempo de exposición a factores etiológicos acumulados a lo largo de la vida (6).

El espesor delgado presentó una mayor prevalencia de recesión gingival en comparación con la gruesa. Este hallazgo coincide con lo reportado por Pashova et al. (24), Tamayo (25) y Kim et al. (26). Esta tendencia podría explicarse por las características propias de este espesor, que se distingue por un tejido conectivo menos denso y menos vascularizado, así como por una banda reducida de encía queratinizada, a diferencia del espesor grueso, que presenta lo contrario (27).

Al analizar la relación entre severidad y sexo, se observó que tanto mujeres como hombres presentaron mayor frecuencia de RT2. Este hallazgo difiere de lo reportado por Sarhan et al. (28), quienes refieren mayor prevalencia de RT3 en varones y de RT1 en mujeres, los autores atribuyen estos resultados a que existe una menor preocupación por la higiene oral y estética en la población masculina, lo que favorecería la aparición de casos más severos. Por otro lado, discrepamos de Romano et al. (29) quienes reportaron mayor prevalencia de RT1 en ambos sexos. Esta diferencia puede deberse al tamaño muestral, ya que su estudio incluyó 736 participantes, mientras que el nuestro contó con 185, lo cual limita la precisión para detectar variaciones entre categorías de severidad.

En cuanto a la edad, los pacientes de 18 a 34 años presentaron más casos de RT1, mientras los pacientes mayores a 35 años mostraron mayor prevalencia de RT2, nuestros resultados coinciden parcialmente con Sarhan et al (28) y Romano et al. (29), ambos estudios hallaron mayor RT1 en pacientes adultos jóvenes y RT3 en adultos mayores. Estas discrepancias podrían estar relacionadas con la presencia y progresión de enfermedad periodontal en adultos mayores, ya que su mayor exposición a factores asociados favorecería la aparición de recesiones más severas.

En el presente estudio también se encontró que los pacientes sin tratamiento de ortodoncia previo mostraron mayor frecuencia de recesiones, este resultado es similar a lo reportado por Castro-Rodríguez et al. (12) y Rivera-Valerio et al. (30). Sin embargo, Theodorelos et al. (31), hallaron un resultado opuesto. Esta discrepancia podría deberse a factores no evaluados en el presente estudio y que influyen en la relación entre el tratamiento de ortodoncia y la aparición de recesiones gingivales, tales como la posición dental, el uso de retenedores (31), la presencia de recesiones preexistentes, la discrepancia alveolodentaria, la magnitud de fuerzas aplicadas, la edad de inicio del tratamiento (32), las extracciones por motivos ortodónticos, la expansión ortodóntica (33), el tiempo total de tratamiento y el tipo de maloclusión (34).

En relación con las lesiones cervicales no cariosas, la categoría más prevalente fue el tipo B+. Esta lesión se caracteriza por la pérdida localizada de la zona de la unión cemento-esmalte, lo que favorece la migración apical del margen gingival (35). Al ser una lesión más profunda y de mayor tiempo de evolución, sugiere una exposición prolongada a factores mecánicos, los cuales se asocian al desarrollo de recesiones gingivales. Nuestro resultado difiere al encontrado por Naik et al. (36) y

Pini-Prato et al. (10), quienes identificaron al tipo A- como el más frecuente. Estas discrepancias podrían explicarse porque ambos emplearon lupas de aumento, lo que permitió una detección más precisa de las características cervicales, mientras que nuestro estudio la evaluación fue únicamente visual, lo que pudo limitar la identificación detallada de las lesiones cervicales no cariosas.

En cuanto a los hábitos de higiene oral, la mayoría de los pacientes con recesiones utilizaban cepillos de cerdas duras y empleaban técnicas de cepillado con varios movimientos y movimientos verticales. Con respecto al tipo de cerda, nuestros resultados coinciden con los de Hashem et al. (37), y difieren con los de Cavieres et al (38). Por otro lado, Mythri et al. (39) encontraron mayor prevalencia con la técnica varios movimientos y Mumghamba et al. (40) en el cepillado con movimientos horizontales. En relación con la frecuencia de cepillado, las recesiones gingivales fueron más prevalentes entre quienes se cepillan dos veces al día, resultado similar al descrito por Fragkioudakis et al. (5). Sin embargo, Rivera-Valerio et al. (30) reportaron mayor prevalencia en quienes se cepillan de dos a más veces al día y Chrysanthakopoulos et al. (41) reportaron mayor frecuencia en aquellos que lo hacen una vez al día. Es importante señalar que la revisión sistemática de Rajapakse et al. (42), concluyó que no existe suficiente evidencia para establecer una asociación definitiva entre el cepillado y las recesiones gingivales, debido a las limitaciones metodológicas de los estudios observacionales analizados. Por ello, se sugiere que en futuras investigaciones no omitan factores relevantes, como duración del cepillado, la fuerza aplicada o la frecuencia de cambio de cepillo, ya que estos podrían influir en la aparición de recesiones.

Finalmente, en el presente estudio, la distribución por pieza dentaria mostró mayor prevalencia de recesiones en el sector inferior, especialmente en las piezas 41 y 31. En la arcada superior, las piezas 26 y 16 evidenciaron mayores valores de prevalencia. Resultados similares fueron reportados por Marini et al. (16) y Castro-Rodríguez et al. (43). Una posible explicación para la mayor frecuencia de recesiones en piezas inferiores es que el hueso cortical tiende ser más delgado y que las piezas suelen ubicarse muy próximos al límite del hueso alveolar. Además, la movilidad del fondo de surco podría generar tensión o fuerzas de tracción en los tejidos, favoreciendo la aparición de recesiones. En el caso específico de los incisivos centrales inferiores, la mayor susceptibilidad podría estar relacionada con la presencia de una tabla ósea vestibular más delgada, su mayor exposición a traumatismos mecánicos, la influencia de piercings labiales y la posibilidad de movimientos ortodónticos de vestibularización. Por otro lado, la elevada prevalencia de recesiones en los primeros molares superiores podría deberse a que algunos pacientes ejercen mayor fuerza en el cepillado en el sector posterior o que estas piezas presentan raíces más prominentes, lo que puede asociarse con una tabla ósea más delgada, y como consecuencia, una mayor predisposición a desarrollar recesiones gingivales. Asimismo, fuerzas excesivas en el sector posterior podrían estar relacionadas a recesiones gingivales en molares.

Entre las limitaciones del estudio podemos mencionar la ausencia de calibración para la evaluación de la severidad de las recesiones gingivales, la presencia de lesiones cervicales no cariosas y la evaluación del espesor gingival. Asimismo, el tamaño muestral y la realización del estudio en un único centro limitan la generalización de los resultados, en contraparte de ello, entre las principales

fortalezas de este estudio se encuentran el uso de clasificaciones actuales como Cairo y Pini-Prato, la inclusión de pacientes gingivalmente sanos y el análisis tanto a nivel paciente como a nivel de pieza dentaria. Desde el punto de vista de salud pública nos aporta datos epidemiológicos que permite identificar grupos de riesgos específicos y diseñar estrategias preventivas, como programas educativos sobre técnica de cepillado y el uso de cepillos suaves, así como también el control periódico en pacientes con espesor delgado y seguimiento en pacientes adultos mayores. Desde el punto de vista clínico, al haber un predominio de recesiones tipo RT2, en incisivos inferiores y lesiones cervicales no cariosas tipo B+ muestra implicancias frente al pronóstico y planificación, pues estas afecciones pueden tener un pronóstico más reservado de cobertura radicular. La determinación de prevalencia de recesiones gingivales a nivel de pieza dental se realizó debido a que permite identificar patrones específicos de esta afección y reconocer que piezas son más susceptibles por factores anatómicos, funcionales o mecánicos; desde el punto de vista clínico se debe tomar en cuenta estos resultados debido a que el manejo terapéutico y pronóstico de los tratamientos se determinan a nivel de pieza dentaria.

Para futuras investigaciones se recomienda incluir la calibración intra e interexaminador en la evaluación de la severidad de las recesiones gingivales, la detección y clasificación de las lesiones cervicales no cariosas, así como la determinación del espesor gingival, con el objetivo de mejorar la reproducibilidad de las mediciones clínicas. Asimismo, se sugiere realizar estudios longitudinales multicéntricos con tamaños muestrales más amplios, que permitan obtener resultados con mayor validez externa. De igual manera, se recomienda el uso de

métodos diagnósticos más precisos para la evaluación de las lesiones cervicales no cariosas o para la medición de fuerza del cepillado.

VI. CONCLUSIONES

- La prevalencia de recesiones gingivales en un centro odontológico privado de la ciudad de Trujillo fue de 63.2% con una mayor prevalencia del tipo RT2.
- Se halló mayor porcentaje de esta afección en el sexo masculino, en pacientes con espesor delgado y que la prevalencia aumentaba conforme incrementaba la edad de los participantes.
- Se observó mayor prevalencia de recesiones gingivales en pacientes que utilizaban cepillo de cerdas duras, con la técnica de varios movimientos o movimientos verticales y el cepillado de 2 veces al día.
- Se encontró mayor prevalencia de recesiones gingivales en piezas inferiores; específicamente, en las piezas 41 y 31.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Imber JC, Kasaj A. Treatment of gingival recession: when and how? *Int Dent J.* 2021;71(3):178-187.
2. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S204-S213.
3. Chambrone L, Sukekava F, Araújo MG, Pustiglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Root-coverage procedures for the treatment of localized recession-type defects: a Cochrane systematic review. *J Periodontol.* 2010;81(4):452-78.
4. Tugnait A, Clerehugh V. Gingival recession-its significance and management. *J Dent.* 2001;29(6):381-94.
5. Fragkioudakis I, Tassou D, Sideri M, Vouros I. Prevalence and clinical characteristics of gingival recession in Greek young adults: A cross-sectional study. *Clin Exp Dent Res.* 2021;7(5):672-678.
6. Løe H, Anerud A, Boysen H, Smith M. The natural history of periodontal disease in man. The rate of periodontal destruction before 40 years of age. *J Periodontol.* 1978;49(12):607-620.
7. Hennequin-Hoenderdos NL, Slot DE, Van der Weijden GA. The incidence of complications associated with lip and/or tongue piercings: a systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2016;14(1):62-73.
8. Zuza A, Racic M, Ivkovic N, Krunic J, Stojanovic N, Bozovic D, et al. Prevalence of non-carious cervical lesions among the general population of

- the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *Int Dent J*. 2019;69(4):281-288.
9. Pini-Prato G, Franceschi D, Cairo F, Nieri M, Rotundo R. Classification of dental surface defects in areas of gingival recession. *J Periodontol*. 2010;81(6):885-890.
 10. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol*. 2011;38(7):661-666.
 11. Yadav VS., Gumber B., Makker K., Gupta V., Tewari N., Khanduja P., et al. Global prevalence of gingival recession: A systematic review and meta-analysis. *Oral Dis*. 2023;29:2993-3002.
 12. Castro-Rodríguez Y, Grados-Pomarino S. Frecuencias e indicadores de riesgo de las recesiones gingivales en una muestra peruana. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil Oral*. 2017;10(3):135-140.
 13. De Rouck T, Eghbali R, Collys K, De Bruyn H, Cosyn J. The gingival biotype revisited: transparency of the periodontal probe through the gingival margin as a method to discriminate thin from thick gingiva. *J Clin Periodontol*. 2009;36(5):428-33.
 14. Marschner F, Lechte C, Kanzow P, Hraský V, Pfister W. Systematic review and meta-analysis on prevalence and risk factors for gingival recession. *J Dent*. 2025;155:105645.
 15. Burgos A, Urdaneta F, Velásquez M. Prevalencia de las recesiones gingivales según Miller en los pacientes que asisten a la facultad de

- odontología de la Universidad de Carabobo durante el segundo trimestre del año 2012. *Acta Odontol Venez.* 2014;52(4):31-40.
16. Marini MG, Greggi SLA, Passanezi E, Sant'ana ACP. Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. *J Appl Oral Sci.* 2004;12(3):250-255.
 17. Strauss FJ, Marruganti C, Romandini M, Cavalla F, Neira P, Jiménez FJ, et al. Epidemiology of mid-buccal gingival recessions according to the 2018 Classification System in South America: results from two population-based studies. *J Clin Periodontol.* 2023;50(10):1336-1347.
 18. Alvarez Huamán DC. Prevalencia de recesión gingival en pacientes adultos del servicio de odontología de los Hospitales Víctor Lazarte Echegaray y Regional Docente de Trujillo [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Escuela Profesional de Estomatología; 2018.
 19. Romandini M, Soldini MC, Montero E, Sanz M. Epidemiology of mid-buccal gingival recessions in NHANES according to the 2018 World Workshop Classification System. *J Clin Periodontol.* 2020;47:1180–1190.
 20. Moura B, Salazar F, Costa R, Cabral C, Reis C. The prevalence of gingival recession according to the Cairo classification in a population from the North of Portugal. *Dent J (Basel).* 2024;12(12):376.
 21. Sisalima Jara JP. Prevalencia de recesiones gingivales mediante la clasificación de Cairo y Miller en estudiantes de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el año 2018 [Tesis]. Cuenca: Facultad de Odontología, Universidad De Cuenca; 2018.

22. Matos-Pereira KJ. Prevalencia de recesiones gingivales en pacientes de la Facultad de Odontología de la UADY. *Rev Odontol Latinoam.* 2024;16(1):1-5.
23. Amran A, Ataa M. Statistical analysis of the prevalence, severity and some possible etiologic factors of gingival recessions among the adult population of Thamar city, Yemen. *RSBO.* 2011;8(3):305-313.
24. Pashova-Tasseva Z, Mlachkova A, Tosheva E. Impact of gingival phenotype on the periodontal disease. *Folia Med (Plovdiv).* 2023;65(3):468-475.
25. Tamayo Gonzáles EG. Prevalencia de salud gingival, gingivitis, periodontitis crónica y recesión gingival en el sector vestibular anterosuperior en pacientes adultos con biotipos gingivales finos y gruesos de la Consulta Privada [Tesis]. Arequipa: Escuela Profesional de Odontología, Universidad Católica de Santa María; 2022.
26. 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):311-338.
27. Seba A, Deepak KT, Ambili R, Preeja C, Archana V. Gingival biotype and its clinical significance: a review. *The Saudi J Dental Res.* 2014;5(1):3-7.
28. Sarhan S, Ahmed E, Hussein RR, Abou-Bakr A. Prevalence, etiology and clinical characteristics of gingival recession in a sample of adult Egyptian dental patients: a cross sectional study. *BMC Oral Health.* 2025;25(1):691.
29. Romano F, Perotto S, Baima G, Macrì G, Picollo F, Romandini M, et al. Estimates and multivariable risk assessment of mid-buccal gingival recessions in an Italian adult population according to the 2018 World

- Workshop Classification System. *Clin Oral Investig.* 2022;26(7):4769-4780.
30. Rivera-Valerio R, De los Ríos–Argumedo M. Prevalencia de recesión gingival y factores asociados a la higiene bucal en estudiantes del postgrado de la Universidad Científica del Sur. *Revista Científica Odontológica.* 2015;3(1):288-296.
31. Theodorelos P, Ferrillo M, Pandis N, Kloukos D, Fleming PS, Katsaros C. A cross-sectional evaluation of the association between orthodontic treatment, retention modality and the prevalence of gingival recession. *Oral Health Prev Dent.* 2024;22:647-654.
32. Fleming PS, Andrews J. The role of orthodontics in the prevention and management of gingival recession. *Br Dent J.* 2024;237(5):341-347.
33. Sawan NM, Ghoneima A, Stewart K, Liu S. Risk factors contributing to gingival recession among patients undergoing different orthodontic treatment modalities. *Interv Med Appl Sci.* 2018;10(1):19-26.
34. Cadenas de Llano-Pérula M, Castro AB, Danneels M, Schelfhout A, Teughels W, Willems G. Risk factors for gingival recessions after orthodontic treatment: a systematic review. *Eur J Orthod.* 2023;45(5):528-544.
35. Teixeira DNR, Zeola LF, Machado AC, Gomes RR, Souza PG, Mendes DC, Soares PV. Relationship between noncarious cervical lesions, cervical dentin hypersensitivity, gingival recession, and associated risk factors: A cross-sectional study. *J Dent.* 2018;76:93-97.
36. Naik VK, Jacob CA, Nainar DA. Assessment of non-carious root surface

- defects in areas of gingival recession: A descriptive study. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(4):e397-402.
37. Hashem AS, Patil SR, Issrani R, Prabhu N, Albalawi AS, Alam MK. Relationship between gingival recession and tooth brushing habits. *Bangladesh J Med Sci*. 2024;23(3):846–850.
38. Cavieres B, Cuellar E, Nally M, Anwandter A, Ortuño D. 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*. 2024;24(8):e2784.
39. Mythri S, Arunkumar SM, Hegde S, Rajesh SK, Munaz M, Ashwin D. Etiology and occurrence of gingival recession - An epidemiological study. *J Indian Soc Periodontol*. 2015;19(6):671-5.
40. Mumghamba EG, Honkala S, Honkala E, Manji KP. Gingival recession, oral hygiene and associated factors among Tanzanian women. *East Afr Med J*. 2009;86(3):125-32.
41. Chrysanthakopoulos NA. Prevalence and associated factors of gingival recession in Greek adults. *J. Investig. Clin. Dent*. 2013;4(3):178-185.
42. Rajapakse PS, McCracken GI, Gwynnett E, Steen ND, Guentsch A, Heasman PA. Does tooth brushing influence the development and progression of non-inflammatory gingival recession? A systematic review. *J Clin Periodontol*. 2007;34(12):1046-61.
43. Castro-Rodríguez Y, Grados-Pomarino S. Tasas e indicadores de riesgo de las recesiones gingivales en una muestra peruana. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2016;9(2):8p.

VIII. TABLAS

Tabla 1. Características generales y hallazgos clínicos en pacientes de un centro odontológico privado en Trujillo en el 2025 (n=185)

Variables		n	%
Sexo	Masculino	49	26.5
	Femenino	136	73.5
Edad	18 a 34 años	81	43.8
	35 a 49 años	48	26
	50 a 64 años	45	24.3
	65 a 82 años	11	5.9
Ortodoncia previa	Si	59	31.9
	No	126	68.1
Tipo de cepillo	Suaves	38	20.5
	Medias	65	35.1
	Duras	52	28.1
	No sé	30	16.2
Técnica de cepillado	Varios movimientos	70	37.8
	Movimientos horizontales	75	40.5
	Movimientos verticales	14	7.6
	Movimientos circulares	23	12.4
	No sé	3	1.6
Frecuencia de cepillado	2 veces	118	63.8
	3 veces a más	67	36.2
Espesor gingival	Delgado	29	15.7
	Grueso	156	84.3
Presencia de recesiones gingivales (n=185)	Si	117	63.2
	No	68	36.8
Severidad (n=117)	RT1	34	29.1
	RT2	72	61.5
	RT3	11	9.4

Tabla 2. Prevalencia de recesiones gingivales en un centro odontológico privado en Trujillo según el sexo, edad y espesor gingival (n=185)

Factor		Con recesión n (%)	Sin recesión n (%)
Sexo	Masculino	39 (79.6)	10 (20.4)
	Femenino	78 (57.4)	58 (42.6)
Edad	18 a 34 años	37 (45.7)	44 (54.3)
	35 a 49 años	32 (66.7)	16 (33.3)
	50 a 64 años	37 (82.2)	8 (17.8)
	65 a 82 años	11 (100)	0 (0.0)
Espesor gingival	Delgado	22 (75.9)	7 (24.1)
	Grueso	95 (60.9)	61 (39.1)

Tabla 3. Severidad de las recesiones gingivales en un centro odontológico privado en Trujillo según el sexo, edad y el espesor gingival (n=117)

Variable		RT1 n (%)	RT2 n (%)	RT3 n (%)
Sexo	Masculino	13 (33.3)	24 (61.6)	2 (5.1)
	Femenino	21 (26.9)	48 (61.6)	9 (11.5)
Edad	18 a 34 años	18 (48.6)	15 (40.5)	4 (10.9)
	35 a 49 años	8 (25.0)	19 (59.4)	5 (15.6)
	50 a 64 años	6 (16.2)	29 (78.4)	2 (5.4)
	65 a 82 años	2 (18.2)	9 (81.8)	0 (0.0)
Espesor gingival	Delgado	5 (22.7)	17 (77.3)	0 (0.0)
	Grueso	29 (30.5)	55 (57.9)	11 (11.6)

Tabla 4. Prevalencia de recesiones gingivales en relación a antecedentes de ortodoncia, presencia de lesiones cervicales no cariosas y hábitos de higiene oral (n=185)

Factor		Con recesión	Sin recesión
		n (%)	n (%)
Ortodoncia previa	Si	32 (54.2)	27 (45.8)
	No	85 (67.5)	41 (32.5)
Tipo de lesiones cervicales no cariosas	A+	15 (100)	0 (0.0)
	A-	17 (100)	0 (0.0)
	B+	20 (100)	0 (0.0)
	B-	7 (100)	0 (0.0)
	Ninguna	58 (46)	68 (54)
Tipo de cepillo	Suave	24 (63.2)	14 (36.8)
	Medias	36 (55.4)	29 (44.6)
	Duras	40 (76.9)	12 (23.1)
	No sé	17 (56.7)	13 (43.3)
Técnica de cepillado	Varios movimientos	50 (71.4)	20 (28.6)
	Movimientos horizontales	38 (50.7)	37 (49.3)
	Movimientos verticales	10 (71.4)	4 (28.6)
	Movimientos circulares	16 (69.6)	7 (30.4)
	No sé	3 (100)	0
Frecuencia de cepillado	2 veces	77 (65.3)	41 (34)
	3 veces a más	40 (59.7)	27 (40.3)

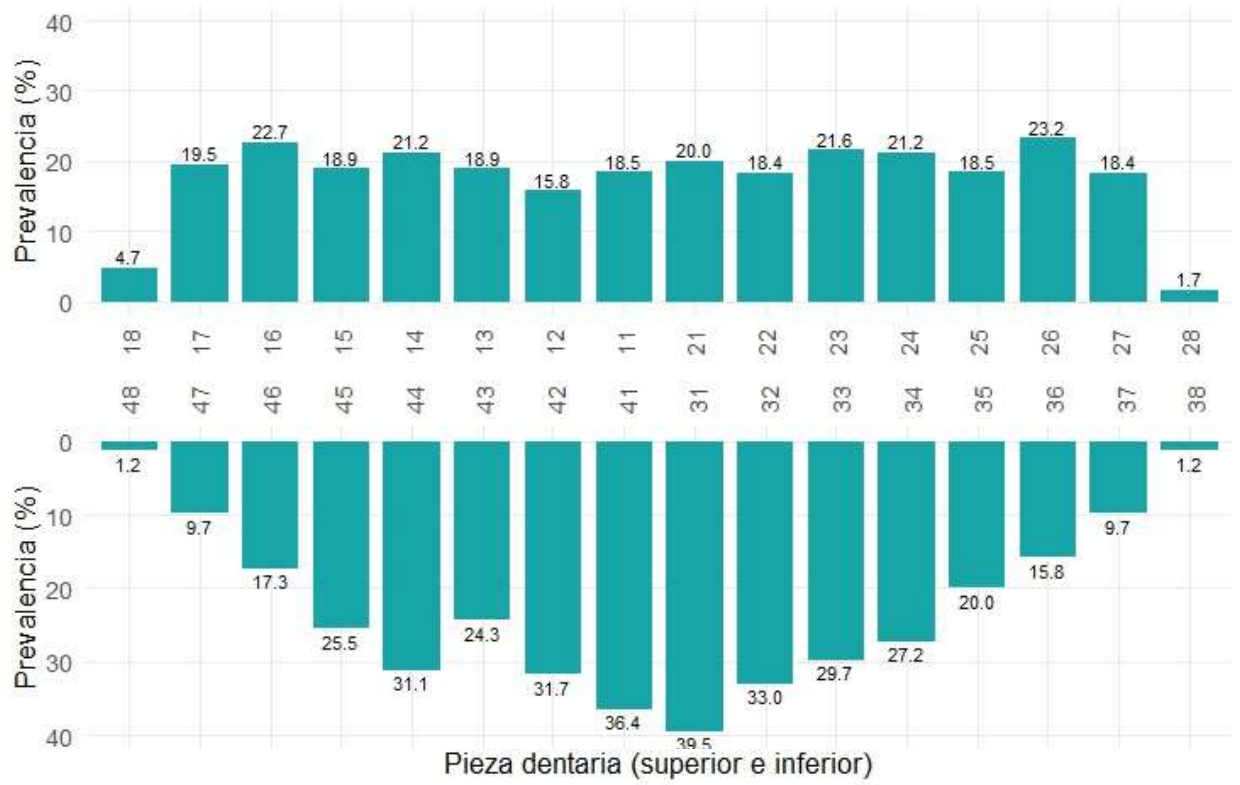


Figura 1. Prevalencia de las recesiones gingivales a nivel diente en pacientes en un centro odontológico privado en Trujillo (n=5920)

ANEXOS

Cuadro de operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPOS	ESCALA	VALORES
Presencia de recesión gingival	Es el desplazamiento apical del margen gingival a la unión cemento-esmalte.	Se consideró presente cuando el paciente presentó al menos una recesión gingival clínicamente detectable, medida con una sonda Carolina del Norte y registrada en el periodontograma.	Cualitativo	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Severidad	Grado de desplazamiento del margen gingival hacia apical a la unión cemento-esmalte	Se determinó según la clasificación de recesiones según Cairo, la cual se basa en el nivel de inserción clínica, que se obtiene combinando la profundidad de	Cualitativo	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. RT1 2. RT2 3. RT3

		sondaje con la posición del margen gingival.			
Sexo	Conjunto de características biológicas que definen el género	Condición de masculino o femenino	Cualitativo	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino
Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la evaluación.	Se registró según la edad cronológica del paciente y fue categorizada por grupos etarios	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 18-34 años 2. 35- 49 años 3. 50- 64 años 4. 65- 82 años
Antecedente de Ortodoncia	Historia previa de tratamiento ortodóntico realizado en el paciente.	Se determinó si el paciente presentó o no antecedentes de tratamiento de ortodoncia, mediante un interrogatorio.	Cualitativo	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

Tipo de cepillo	Hace referencia a la rigidez de las cerdas del cepillo dental utilizado por el paciente.	Se registró mediante interrogatorio directo.	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suaves 2. Medias 3. Duras 4. No sé
Técnica de cepillado	Es el tipo de movimiento realizado por el paciente durante el cepillado dental.	Se registró mediante interrogatorio directo	Cualitativo	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Movimientos verticales 2. Movimientos horizontales 3. Movimientos circulares 4. Varios movimientos 5. No sé
Frecuencia de cepillado	Número de veces que el paciente realiza el cepillo dental durante un día.	Se registró mediante interrogatorio directo	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2 veces 2. 3 veces a más

Lesiones cervicales no cariosas	Pérdida de tejido dental duro en la unión cemento-esmalte en ausencia de caries dental	Se determinó la presencia o ausencia de este	Cualitativo	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Tipo de lesión cervical no cariosa	Clasificación de la lesión cervical no cariosa según la detección de la unión cemento-esmalte detectable y la profundidad de la concavidad en la superficie radicular.	Se determinó clínicamente con una sonda Carolina del Norte si es detectable o no la unión cemento-esmalte y si la concavidad presente supera o no los 0.5mm	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. A + 2. A - 3. B + 4. B-
Espesor gingival	Grosor de la encía	Se determinó según la visibilidad de la sonda periodontal a través de la encía después de su colocación en el surco vestibular	Cualitativo	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grueso 2. Delgado

ANEXO 1. Calibración de la investigadora principal para la medición del parámetro clínico de distancia del margen gingival a la unión cemento-esmalte

CALIBRACIÓN DEL INVESTIGADOR

I. DATOS INFORMATIVOS

1.1. ESTUDIANTE:	Gabriela
1.2. TÍTULO DE INVESTIGACIÓN:	
1.3. Coeficiente utilizado	Correlación Intraclase (ICC)

II. DESCRIPCIÓN DE LA CALIBRACIÓN

La calibración se realizó con el objetivo de evaluar la concordancia intra e inter examinador en la medición del parámetro clínico de distancia del margen gingival a la unión cemento-esmalte, utilizando una muestra de 4 pacientes y un total de 192 mediciones. En la evaluación interexaminador se obtuvo un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,790 para medidas únicas y de 0,882 para medidas promedio, evidenciando una buena concordancia entre el especialista y la investigadora. Por otro lado, en la evaluación intraexaminador se obtuvo un CCI de 0,825 para medidas únicas y de 0,904 para medidas promedio, evidenciando una buena concordancia entre las mediciones realizadas por la investigadora. Estos resultados confirman que el proceso de calibración fue adecuado y que existe una adecuada reproducibilidad en las mediciones efectuadas en la presente investigación.



Jhair Alexander Leon Rodriguez
CIRUJANO DENTISTA - COP 43284
Doctor en investigación clínica y traslacional
Exp. Bioestadística

ANÁLISIS ESTADÍSTICO (Inter examinador)

Variable: **Parámetro clínico de distancia del margen gingival a la unión cemento-esmalte**

Estadísticas de elemento

	Media	Desv. Desviación	N
Especialista	-,1615	1,07809	192
Gabriela	-,3125	1,02137	192

Matriz de correlaciones entre elementos

	Especialista	Gabriela
Especialista	1,000	,791
Gabriela	,791	1,000

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			Sig
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	
Medidas únicas	,790 ^a	,730	,837	8,507	191	191	,000
Medidas promedio	,882 ^c	,844	,912	8,507	191	191	,000

Modelo de dos factores de efectos mixtos donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C que utilizan una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

Interpretación: Se obtuvo un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,790 para medidas únicas y de 0,882 para medidas promedio, evidenciando una buena concordancia interexaminador en la medición del parámetro clínico de distancia del margen gingival a la unión cemento-esmalte.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO (Intra examinador)

Estadísticas de elemento

	Media	Desv. Desviación	N
G1	-,3125	1,02137	192
G2	-,0521	1,09611	192

Matriz de correlaciones entre elementos

	G1	G2
G1	1,000	,827
G2	,827	1,000

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig
Medidas únicas	,825 ^a	,774	,866	10,436	191	191	,000
Medidas promedio	,904 ^c	,873	,928	10,436	191	191	,000

Modelo de dos factores de efectos mixtos donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C que utilizan una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

Interpretación: Se obtuvo un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,825 para medidas únicas y de 0,904 para medidas promedio, evidenciando una buena concordancia intraexaminador en la medición del parámetro clínico evaluado.

ANEXO 2. Calibración del segundo operador para la medición del parámetro clínico de distancia del margen gingival a la unión cemento-esmalte

CALIBRACIÓN DEL INVESTIGADOR

III. DATOS INFORMATIVOS

3.1. ESTUDIANTE:	Ismael
3.2. TÍTULO DE INVESTIGACIÓN:	
3.3. Coeficiente utilizado	Correlación Intraclase (ICC)

IV. DESCRIPCIÓN DE LA CALIBRACIÓN

La calibración se realizó con el objetivo de evaluar la concordancia intra e inter examinador en la medición del parámetro clínico de distancia del margen gingival a la unión cemento-esmalte, utilizando una muestra de 4 pacientes y un total de 192 mediciones. En la evaluación inter examinador se obtuvo un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,753 para medidas únicas y de 0,859 para medidas promedio, evidenciando una buena concordancia entre el especialista y el investigador. Asimismo, en la evaluación intra examinador se obtuvo un CCI de 0,848 para medidas únicas y de 0,918 para medidas promedio, lo que indica una buena concordancia entre las mediciones realizadas por el investigador. Estos resultados confirman que el proceso de calibración fue adecuado y que existe una alta reproducibilidad en las mediciones efectuadas en la presente investigación.



Jhair Alexander Leon Rodriguez
CIRUJANO DENTISTA - COP 43284
Doctor en investigación clínica y traslacional
Exp. Bioestadística

ANÁLISIS ESTADÍSTICO (Inter examinador)

Variable: **Parámetro clínico de distancia del margen gingival a la unión cemento-esmalte**

Estadísticas de elemento

	Media	Desv. Desviación	N
Especialista	-,1615	1,07809	192
Ismael	-,0521	1,04726	192

Matriz de correlaciones entre elementos

	Especialista	Ismael
Especialista	1,000	,753
Ismael	,753	1,000

Coefficiente de correlación intraclase

Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0				
	Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig	
Medidas únicas	,753 ^a	,684	,808	7,087	191	191	,000
Medidas promedio	,859 ^c	,812	,894	7,087	191	191	,000

Modelo de dos factores de efectos mixtos donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C que utilizan una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

Interpretación: Se obtuvo un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,753 para medidas únicas y de 0,859 para medidas promedio, evidenciando una buena concordancia interexaminador en la medición del parámetro clínico de distancia del margen gingival a la unión cemento-esmalte.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO (Intra examinador)

Estadísticas de elemento

	Media	Desv. Desviación	N
I1	-,0521	1,04726	192
I2	,0365	1,07991	192

Matriz de correlaciones entre elementos

	I1	I2
I1	1,000	,849
I2	,849	1,000

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig
Medidas únicas	,848 ^a	,804	,884	12,199	191	191	,000
Medidas promedio	,918 ^c	,891	,938	12,199	191	191	,000

Modelo de dos factores de efectos mixtos donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C que utilizan una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

Interpretación: Se obtuvo un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,848 para medidas únicas y de 0,918 para medidas promedio, evidenciando una buena concordancia intraexaminador en la medición del parámetro clínico evaluado.

ANEXO 03
CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN

- ADULTOS -

Instituciones: Universidad Peruana Cayetano Heredia

Investigador: Gabriela Guadalupe Lou Gomez

Título : Prevalencia, severidad y factores asociados de recesiones gingivales en un centro odontológico privado en Trujillo.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Prevalencia, severidad y factores asociados de recesiones gingivales en un centro odontológico privado en Trujillo.”, el cual tendrá una duración de 30 minutos aproximadamente.

La finalidad del presente estudio es determinar la prevalencia, severidad y factores asociados de recesiones gingivales.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio:

1. Se enjuagará con 15 ml de clorhexidina 0.12% por 20 segundos
2. Se le realizará una revisión y se anotarán si presenta migración de la posición de la encía sobre los dientes y el tipo de grosor de su encía.
3. Se anotará sobre los antecedentes de ortodoncia.
4. Se le hará preguntas sobre su higiene oral, sobre la frecuencia de cepillado, el tipo de cerdas de su cepillo y los movimientos que realiza al cepillarse.

Riesgos:

No existe ningún riesgo por participar en el presente estudio. Se garantiza el buen trato por parte del investigador y la confidencialidad de la información que se logre obtener.

Beneficios:

Se le realizará profilaxis dental y de presentar recesiones gingivales se les hará conocimiento sobre la severidad de su caso y el tratamiento de este.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio.

Confidencialidad:

Los datos recolectados en este estudio no se divulgarán con otra persona. La información se registrará en una ficha de recolección de datos sin nombres durante el desarrollo del trabajo de investigación.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte a la investigadora Gabriela Lou Gomez o al teléfono [REDACTED] o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar a la presidenta del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01- 319000 anexo 2271

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme en cualquier momento.

Participante

Nombre:

DNI:

ANEXO 04

Periodontograma

SUPERIOR

	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
IM																
MV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PI																
PU																
SD																
SP																
PL																
AE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MG	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
PS	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0



PS	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
MG	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
AE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PL																
SD																
SP																
PU																
PI																
MV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IM																
	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

ANEXO 05

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Sexo: F

M

Edad:

- Recesión Gingival: Si No
 - o RT1:
 - o RT2:
 - o RT3:
- Lesiones cervicales no cariosas: Si No

	+	-
A		
B		

- Espesor Gingival: Delgado Grueso
- Antecedente de ortodoncia:
- Higiene oral:
 - o Técnica de cepillado:

Varios movimientos	<input type="checkbox"/>	Movimientos horizontal	<input type="checkbox"/>
Movimientos verticales	<input type="checkbox"/>	Movimientos circulares	<input type="checkbox"/>
No sé	<input type="checkbox"/>		
 - o Tipo de cerdas de cepillo:

Suaves	<input type="checkbox"/>	Medias	<input type="checkbox"/>
Duras	<input type="checkbox"/>	No sé	<input type="checkbox"/>
 - o Frecuencia: _____