
**RELACIÓN ENTRE RECESIÓN GINGIVAL Y FENOTIPO PERIODONTAL EN
PACIENTES TRATADOS ORTODÓNICAMENTE, MEDIANTE
APARATOLOGÍA FIJA, EN EL CENTRO DE CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE
LA UNIVERSIDAD DE TALCA**

**LILIAN BUSTOS PÉREZ
CAROLINA HERRERA
CIRUJANO DENTISTA**

RESUMEN

Introducción: La Recesión Gingival (RG) es una deformación mucogingival con etiología multifactorial. No está claro el rol de la ortodoncia en el desarrollo de RG, habiendo poca información respecto a cómo influiría el Fenotipo Periodontal (FP) en el desarrollo de estas lesiones.

Objetivo: Determinar la diferencia que existe en la distribución de RG en los distintos FP en pacientes tratados ortodómicamente mediante aparatología fija en el Centro de Clínicas de la Universidad de Talca.

Métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo y de corte transversal. La población a estudiar correspondió a pacientes atendidos y dados de alta en la especialidad de ortodoncia del centro de clínicas de la Universidad de Talca, constituyendo una muestra de 27 pacientes, quienes se evaluaron en tres tiempos. Se realizó un examen clínico por dos investigadoras calibras en Recesión Gingival (RG), Fenotipo Periodontal visual (FPv) y Fenotipo Periodontal clínico (FPc) quienes registraron estas y otras variables: Clase esquelética, Inclinación Dentaria y Expansión de los arcos maxilares. Los resultados fueron analizados mediante el programa computacional SPSS vs 24.

Resultados: De 27 individuos evaluados un 44,4% presentó RG en T1, 74, 1% en T2 y 81,5% en T3. El promedio de RG aumentó significativamente de 1,37 en T1, 2,67 en T2 a 4,22 en T3 (T1-T2: $p=0,001$; T2-T3: $p=0,001$; T1-T3: $p<0,00$). A nivel dentario, las mayores prevalencias fueron en la pieza 4.4 y 3.1. De 585 dientes evaluados el 19,3% 71 presentó RG en T3, de estos un 19% fueron clase III de Miller. La severidad de RG alcanzó un promedio de 1,18 mm en T1 y T2, y 1,33 mm en T3 aumentando significativamente ($P <0,00$). El promedio de RG según grupos etarios arrojó diferencias significativas entre niños/adolescentes y adultos en T1 ($p<0,001$), T2 ($p=0,003$), y T3 ($p=0,013$) y entre adultos jóvenes y adultos en T3 ($p=0,006$). Según la evaluación de FP, El FPv Fino Festoneado tuvo las más

altas prevalencias de RG (62,5% en T1, 87,5% en T2 y T3) y los mayores promedios (2,5 RG en T1, 3,88 RG y 6,38 RG en T3). La distribución de RG según FPc tuvo diferencias significativas en molares superiores evaluando prevalencia ($p=0,015$) y promedios ($p=0,004$). Según clase esquelética, 57,1% de los pacientes clase II presentaron RG en T1, 85,7% en T2 y T3.

Conclusión: La prevalencia de RG fue muy alta, el promedio de RG y su severidad en milímetros aumentan con la edad y en las distintas etapas del tratamiento. En T3 se encontró una gran prevalencia de RG en los premolares, incisivos centrales inferiores y primeros molares. La evaluación del FP es imprecisa y no puede realizarse utilizando como referencia el sextante 2. Los pacientes con un FPv Fino Festoneado y los grupos dentarios que presentaban un FPc Fino mostraron una mayor prevalencia de RG y una tendencia a desarrollar mayor número de RG, siendo estadísticamente significativo en molares superiores. Se observó una mayor prevalencia y promedio de RG en pacientes clase II esquelética.