

ARTÍCULO ORIGINAL**Frecuencia de periodonto tipo IV en estudiantes de Secundaria Básica****Type IV periodontal frequency in secondary school students**

Dr. Niosbeide Betancourt Lahera¹, Dra. Marcia Colás Costa², Dr. Osmany Jay Herrera³, Dra. Yadeleini Lee Garcés⁴, Dr. Silvino Rodríguez Aguilar⁵

¹ Especialista de I Grado en Periodoncia. Clínica Estomatológica Docente "Lidia Doce". Guantánamo. Cuba

² Especialista de II Grado en Periodoncia. Máster en Atención Comunitaria de Salud Bucal. Profesora Consultante. Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo. Cuba

³ Licenciado en Bioestadística. Asistente. Universidad de Guantánamo. Guantánamo. Cuba

⁴ Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Asistente. Clínica Estomatológica "Julio Antonio Mella". Guantánamo. Cuba

⁵ Especialista de I Grado en Cirugía Máxilofacial. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realizó un estudio en estudiantes de la secundaria básica "Daniel Llossas Preval", Guantánamo, con el objetivo de conocer la frecuencia del periodonto tipo IV en el sector anterior del maxilar inferior, en el período febrero de 2012 - junio de 2014. El universo estuvo constituido por 835 estudiantes de dicha escuela, de ellos se tomó una muestra de 258 educandos. Las variables evaluadas son: edad, sexo, posición de la encía marginal por vestibular, inserciones frénicas, alineación dentaria, periodonto tipo IV y recesión periodontal. El periodonto tipo IV estuvo presente en 91 estudiantes. En la posición apical de la encía marginal por vestibular prevaleció el sexo femenino. En los que tuvieron dientes no alineados predominó la posición apical de la encía marginal por

vestibular y las inserciones frénicas altas. Predominó la recesión periodontal en estudiantes con periodonto tipo IV.

Palabras clave: periodonto tipo IV, posición de la encía, alineación dentaria, inserciones frénicas y recesión periodontal

ABSTRACT

A study was carried out in Junior High School "Daniel Llossas Preval" Guantanamo with the aim of knowing the frequency of type IV periodontal in the anterior mandible, from February 2012 to June 2014. The universe consists of 835 students of this school, of which a sample of 258 students was taken. The variables were evaluated: age, sex, position of the oral gingival margin, inserts, and tooth alignment, type IV periodontal and periodontal recession. The type IV periodontal was presented in 91 students. In the apical position of the marginal gingival on the facial, prevailed female sex. In those who had not aligned teeth presented apical position of the oral gingival margin and high inserts. Periodontal recession predominated in type IV periodontal students.

Keywords: type IV periodontal, gingival position, alignment dental, periodontal and recession frenicas inserts

INTRODUCCIÓN

El periodonto puede ser definido como el conjunto de tejidos que protegen y sostienen a los dientes de lo que se derivan dos funciones principales: la preservación del medio séptico bucal, realizada por el periodonto de protección, siendo el epitelio, uno de sus elementos importantes, que conforma uno de los sistemas defensivos de esta área y el anclaje del diente, desempeñado por los tejidos que integran el periodonto de inserción.^{1,2}

El hueso alveolar forma y sostiene los alvéolos dentarios. Está compuesto por una lámina cribiforme formada por hueso compacto y de sostén, constituido por trabéculas esponjosas y tablas vestibulares y palatinas compactas. Cuando el hueso que cubre las raíces dentales es delgado, el hueso cortical forma simultáneamente la tabla vestibular y el hueso alveolar esponjoso. No existe hueso trabeculado.³

La encía adherida es la porción del tejido queratinizado que está unida al cemento y hueso subyacente por medio del tejido conectivo supra-alveolar. Esta mucosa presenta una superficie epitelial queratinizada o paraqueratinizada; es un tejido inmóvil que no contiene fibras elásticas y en su tejido conectivo la disposición de las fibras es compacta. El ancho del tejido queratinizado varía de un individuo a otro, es mayor en el maxilar superior que en el inferior, su ancho aproximado es de 1-9 mm sobre el lado vestibular o bucal de los dientes³, en niños oscila de 1-5 mm.

Esta tiene como función impedir que los movimientos de los tejidos blandos se manifiesten en el margen gingival y sus fibras colágenas obstruyen la infiltración de la inflamación hacia el tejido conectivo subyacente.³⁻⁵ Algunos autores coinciden en que lo mínimo necesario de encía adherida para mantener salud gingival es de 1 a 3 mm junto a un tejido conectivo densamente organizado y otros defienden el criterio de la funcionalidad a pesar del ancho de la misma.^{4,5-9}

La encía adherida es de gran importancia por las funciones que desempeña, tales como resistencia a los productos de la inflamación, a las fuerzas nocivas funcionales y a las fuerzas de tensión. Lang y Löe⁸ llegan a la conclusión de que cuando el paciente presenta menos de 2 mm de tejido queratinizado, de los cuales solo 1 mm es encía adherida, habrá inflamación a pesar de una higiene bucal esmerada.

En la región anterior de ambos maxilares el hueso de soporte es muy delgado, en esta zona son muy comunes los defectos de la pared alveolar externa.¹¹⁻¹³ La presencia de encía insuficiente y de una cortical ósea delgada son consideradas condiciones anatómicas favorables para el desarrollo de la recesión periodontal, lo que indica que constituyen factores de riesgo que predisponen su inicio y progreso.^{1,3,10,11}

La recesión periodontal es una de dichas alteraciones, se caracteriza por la exposición más o menos grave de la raíz del diente y la disminución de su aparato de soporte. Se observa con mayor frecuencia en pacientes con periodonto delgado y raramente en aquellos con periodonto grueso.^{12,13}

El espesor del periodonto influye considerablemente en la aparición de los trastornos mucogingivales sobre todo cuando se asocia a alteraciones del patrón de la erupción dentaria. La recesión periodontal constituye una de las manifestaciones clínicas más frecuentes.^{7,14,15-18}

En la práctica clínica, se observa que muchos jóvenes en el área sur de la ciudad de Guantánamo presentan un periodonto delgado tipo IV. La presencia de encía queratinizada insuficiente y una cortical ósea delgada son consideradas condiciones anatómicas que predisponen al inicio y progreso de la recesión periodontal.

Ésta, con la acción de factores de riesgo que se pueden dividir en predisponentes: nivel de encía insertada inadecuada, inserción alta y tracción de frenillos, vestíbulo poco profundo, dehiscencias óseas, malposición dentaria; y precipitantes: cepillado vigoroso, laceración, inflamación recurrente, factores iatrogénicos, restauraciones inadecuadas, cálculo subgingival y trauma ,entre otros, pueden ocasionar hiperestesia dentinaria cervical y evolucionar desfavorablemente hasta ocasionar movilidad y pérdida dentaria.

Estos factores no actúan de forma aislada, sino en conjunto, interrelacionadamente, lo que con frecuencia potencia en gran medida su efecto nocivo para la salud. Tener el factor de riesgo no implica que se esté enfermo, pero sí tener más susceptibilidad, lo que aumenta la probabilidad de enfermarse.¹⁹

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. El universo del mismo estuvo integrado por los 835 estudiantes de la enseñanza secundaria, comprendidos en las edades de 11-14 años, de uno y otro sexo residentes en el área sur de la ciudad de Guantánamo y matriculados en la escuela "Daniel Llossas Preval" en el período de febrero de 2012 - junio de 2014 con el objetivo de determinar la frecuencia con que se presentó el periodonto tipo IV.

Previa consulta con un especialista estadístico, se efectúa un muestreo estratificado con ayuda del paquete estadístico Sample Size 1.0.²⁰ Se toman tres estratos de estudiantes, por niveles, conformados por 86 estudiantes cada uno y mediante una selección muestral aleatoria (MAS), es decir:

- 86 estudiantes de 7mo grado.
- 86 estudiantes de 8vo grado.
- 86 estudiantes de 9no grado.

Esto hizo una muestra total de 258 estudiantes, que representó un 30.9 % del total, por lo que se considera que la muestra seleccionada fue representativa del universo.

Se aceptan en el estudio aquellos estudiantes de ambos sexos en las edades de 11 a 14 años que dieron su consentimiento para participar en el estudio. Los que no desearon participar o portadores de afecciones sistémicas fueron excluidos.

Las variables evaluadas son: edad, sexo, posición de la encía marginal por vestibular, inserciones frénicas, alineación dentaria, periodonto tipo IV y recesión periodontal.

El dato primario fue tomado a través del examen físico bucal. El examen físico se efectuó por un residente en Periodontología entrenado al efecto y asesorado por los profesores. Los estudiantes se examinaron en la consulta de Periodoncia, en un sillón dental con buena iluminación, auxiliándose del set de clasificación, Pie de Rey y guantes, previa asepsia y antisepsia con una torunda embebida en solución de Clorhexidina acuosa al 0.2 % y secado de la zona a examinar.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se observó que de un total de 258 estudiantes examinados el 52.3 % perteneció al sexo femenino y el 47.7 % al masculino. El grupo de edades más numeroso fue el de 13 - 14 con 137 estudiantes para un 53.1 %.

Tabla 1. Grupos de edades y sexo

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
11 - 12	63	24.4	58	22.5	121	46.9
13 - 14	72	27.9	65	25.2	137	53.1
Total	135	52.3	123	47.7	258	100

Fuente: planilla de vaciamiento de datos.

Al evaluar la Tabla 2 donde se relacionaron los estudiantes con periodonto delgado tipo IV según sexo, se encontró mayor porcentaje con esta condición en el sexo femenino 19.0 %, en tanto que en el masculino se reflejó un 16.3 %.

Tabla 2. Frecuencia de estudiantes con periodonto tipo IV según sexo

Sexo	No.	%
Femenino	49	19.0
Masculino	42	16.3
Total	91	35.3

Fuente: planilla de vaciamiento de datos.

El comportamiento de la posición de la encía marginal por vestibular según sexo se evaluó en la Tabla 3, donde el 7.7 % presentó la encía en posición coronal, de ellos el mayor porcentaje correspondió al sexo masculino 4.4 %.

Al relacionar la posición apical de la encía con el sexo de los examinados (Tabla 3) se observó como esta fue más frecuente en el sexo femenino 39.6 % que en el sexo masculino 25.2 %.

Tabla 3. Relación entre posición de la encía marginal por vestibular según sexo en estudiantes con periodonto IV

Sexo	Coronal		Apical		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	3	3.3	36	39.6	49	53.8
Masculino	4	4.4	23	25.2	42	46.2
Total	7	7.7	59	64.8	91	100

Fuente: planilla de vaciamiento de datos.

En Tabla 4 se pudo observar que la posición apical de la encía marginal por vestibular atendiendo a la alineación dentaria fue más frecuente en aquellos estudiantes que presentaron dientes no alineados con 47 (63.5 %) y en esta misma categoría predominó la inserción frénica alta con 20 alumnos (27.0 %).

Tabla 4. Relación de la posición apical de la encía marginal por vestibular, las inserciones frénicas altas y alineación dentaria en estudiantes con periodonto tipo IV

Alineación dentaria	Posición apical de la encía marginal por vestibular		Inserciones frénicas altas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Alineados	12	70.6	12	70.6	17	100
No Alineados	47	63.5	20	27.0	74	100
Total	59	64.8	32	35.2	91	100

La Tabla 5 relacionó el periodonto tipo IV y la presencia o no de recesión periodontal. En la misma se observó que de los 91 estudiantes con periodonto tipo IV, 59 presentaron recesión periodontal (64.8 %).

Tabla 5. Relación entre periodonto tipo IV y la presencia de recesión periodontal

Periodonto Tipo IV	No.		Si		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	32	35.2	59	64.8	91	100
Total	32	35.2	59	64.8	91	100

DISCUSIÓN

La prevalencia del sexo femenino sobre el masculino coincide con los resultados encontrados por la doctora Domínguez ²¹ en su tesis. Según estadísticas del Censo Poblacional de Cuba en el año 2012 existió un predominio del sexo femenino, lo que confirma la mayor proporción de

mujeres²², influyendo esto también en los hallazgos de la presente investigación. En el país la razón entre la población femenina/masculina es de 1.1²³ y en este trabajo es de 1.1; es decir la proporción de hembras es mayor que la de varones, en correspondencia con lo que sucede en la nación.

Al comparar con los resultados obtenidos por la doctora Domínguez I²¹ en su tesis se apreció que el periodonto delgado tipo IV se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino, lo cual coincide con los resultados de la presente investigación, sin embargo estudios realizados por los doctores Roque de Escobar S, Márquez Ventura Y, Peralta Mesú Y, Hidalgo Fouz R²⁴ en el que realizaron un pesquisaje de pacientes según tipos de periodonto en escuelas primarias, se observó que predominó con el periodonto tipo IV el sexo masculino, lo cual difiere con estos resultados.

La mayor frecuencia de la posición apical de la encía en el sexo femenino puede explicarse porque inicialmente las féminas superaron en número a los varones y se agrega el hecho que las hembras son más cuidadosas de la higiene bucal al cepillarse varias veces al día con mayor nivel de minuciosidad; se le asocian además, los cambios hormonales propios de la adolescencia.

En investigaciones efectuadas por varios autores²⁵⁻³¹, se señala que en la mal posición dentaria, la ubicación del margen gingival está alterada variando la posición de la encía, encontrándose una menor cantidad de encía insertada y tendencia a una lámina delgada de hueso por vestibular, coincidiendo con el resultado obtenido en esta investigación, esta condición facilita la aparición de la retracción gingival.

Estos resultados coinciden con los descritos por la Dra. Telford Pons⁵ y los mismos se atribuyen a que este se caracteriza por una encía insuficiente, una cortical ósea delgada; condiciones estas favorables para el inicio y evolución de la recesión.

Al comparar con los resultados obtenidos por la doctora Domínguez I²¹ en su tesis, se observó que la posición apical de la encía marginal por vestibular fue más frecuente en el sexo femenino que en el masculino, lo cual coincide con los resultados de este trabajo.

Martorano³² refiere que los pacientes con mal posición dentaria, tendrán tendencia al acúmulo de biofilm microbiano y sarro. Reporta además, que la retracción gingival se presenta en dientes con vestibuloversión.

Los resultados obtenidos en la investigación coinciden con los de varios autores.³³⁻³⁵, en cuanto a que la posición apical de la encía aumenta con la edad, y puede verse afectada por diferentes causas, favoreciendo la aparición de la retracción gingival y concuerdan en que esta es más frecuente en incisivos inferiores por vestibular. Al compararse con el estudio realizado por doctores Roque de Escobar S, Márquez Ventura Y, Peralta Mesú Y, Hidalgo Fouz R²⁴, en un estudio observacional y descriptivo en escuelas de Camagüey se observó que la posición apical de la encía marginal era más frecuente en el periodonto delgado tipo IV, lo que se asemeja con lo obtenido en esta investigación.

Estudiosos del campo³⁵ afirman que habrá mayor tendencia a la migración de la encía marginal, allí donde el hueso sea delgado, tenga fenestraciones o dehiscencias y cuando las raíces sean muy prominentes, lo que constituye un factor de riesgo a tener en cuenta desde edades tempranas de la vida.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- No existió diferencia marcada con respecto a sexo y edad de los educandos.
- El periodonto tipo IV fue más frecuente en el sexo femenino.
- La posición apical de la encía marginal por vestibular prevaleció en el sexo femenino.
- En los individuos con dientes no alineados predominó la posición apical de la encía marginal por vestibular y las inserciones frénicas altas.
- Predominó la recesión periodontal en estudiantes con periodonto tipo IV.

RECOMENDACIONES

- Realizar actividades de prevención y educación para la salud, con la finalidad de elevar el conocimiento del personal médico y

paramédico, especialmente el de los estomatólogos, sobre la importancia de tener en cuenta el riesgo que implica el periodonto tipo IV para la salud periodontal.

- Continuar la vigilancia epidemiológica del grupo investigado.
- Extender la investigación a otros grupos poblacionales

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stella Alvear F, Vélez ME, Botero L. Factores de riesgos para las enfermedades periodontales. Rev Fac Odontol Univ Antioq [Internet].2010 [citado 2 feb 2011]; 22(1): 109-116. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v22n1/v22n1a12>
2. Carranza FA. Periodontología Clínica.8ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1997.p.240-249.
3. Maynard G, Wilson R. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos mucogingivales en niños. Clínica Odontológica de Norteamérica. 1980; 4: 273.
4. Básconez Martínez A. Tratado de Odontología. t IV . España: Ediciones Avances; 2000.
5. Telford Pons A. Periodontos III y IV. Posibles factores de riesgos periodontal en escolares de 9 – 14 años. Camagüey: Clínica Estomatológica Docente Mártires del Pino Tres; 2002.
6. Matia Véliz L, Vacca Dickson G, Castañeda Mostra M, Zegarra Aguilar R, Grados Pomarino S. Estado periodontal de los estudiantes de la facultad de odontología de la UNMSM(2002). Odontología Sanmarquina [Internet].2002 [citado 2 feb 2011]; 1(10):41-42. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2002_n10/esta_peri.htm
7. Passanezi E, Santana A, Grehi S, Na'has D. Planteamiento periodontal teniendo en cuenta tratamiento estéticos y protésicos. Odontología clínica. Santo Domingo: Instituto odontológico de Especialidades; 2011.
8. Lang NP, Loe H. The relationship between the width of keratinized gingiva and gingival health. J Periodontal. 1972; 43(10):623-7. Pubmed PMID: 4507712
9. Enfermedades periodontales [Internet]. 2009[citado 23 mar 2011]. GeoSalud. Disponible en: http://www.geosalud.com/saluddental/enfermedad_periodontal2.htm
10. CEOSA. Cirugía mucogingiva [Interne]. [Actualizado 2010; citado 16 feb 2012]. Disponible en: <http://www.ceosa.com/cirugia-mucogingival.html>

11. Carson Dewitt R. Condiciones a profundidad: enfermedad periodontal. Surgical Center Of South Jersey [Internet]. 2009 [Actualizado 2015; citado 2 abr 2015]. Disponible en: <http://www.scasouthjersey.com/apps/healthgate/article.aspx?chunkid=123530>
12. Peña Sisto M, Peña Sisto L, Díaz Felizola A, Torres Keiruz D, Lao Salas N. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2008 [citado 20 dic 2012]; 45(1):aprox. 9p]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v45n1/est06108.pdf>
13. Murrieta Pruneda JF, Juárez López LA, Linares Vieyra C, Zurita, Murillo V. Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucodental demostrado por sus madres. Bol Méd Hosp Infant Mex [Internet]. 2009 [citado 22 ene 2013]; 61(1): 44-54. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462004000100006&script=sci_arttext
14. 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: <https://www.ufpe.br/ijd/index.php/exemplo/article/viewFile/62/53>
15. Caltano M, Martínez G A, Duarte C A. Tratamiento quirúrgico mucogingival escalonado. Relato de caso clínico. Rev odontol Univ Santo Amaro. 2001;(1-2):50-2.
16. Coronell JL, Méndez DM, Novaes AB, Pedreira RA. Cubrimiento de grandes recesiones gingivales localizadas [Actualizado 1998-2015; citado 10 ago 2012]. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina-odontologia/odontologia/cubrimiento-de-grandes-recesiones-gingivales-localizadas/>
17. Fabrizi S, Ortiz-Vigón CA, Básconez Martínez A. Tratamiento periodontal regenerativo en dientes con afectación furcal. Av Periodon Implantol [Internet]. 2010 [citado 10 ago 2012]; 22(3):147-156. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v22n3/original3.pdf>
18. 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 [citado 10 ago 2012]; 1(1-1). Disponible en: http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=241&Itemid=1
19. Colectivo de autores. Sample Size. Programa estadístico para la determinación del tamaño de muestra. Guantánamo: Universidad de Ciencias Médicas; 2013.

19. Riesgo Lobaina N, Ortiz Moncada C, Ilisástigui Ortueta ZT. Comportamiento de la sensibilidad dentinal en pacientes del municipio 10 de octubre. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010[citado 10 ago 2012]; 47(1):3-13. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v47n1/est02110.pdf>
20. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de salud. Consultas estomatológicas según provincia. 2013. Anuario estadístico de salud. 42 ed. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2013[citado 20 abr 2013]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf>
21. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de salud. Población proyectada al 30 de junio del 2005 según grupos de edades, sexo y provincia. Anuario estadístico de salud. 42 ed. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2013[citado 20 abr 2013]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf>
22. 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 6 sep 2012]; 221. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/221/periodonto.html>
23. 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 [citado 6 sep 2012]; 35(3): 253-262. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v35n3/tema05.pdf>
24. Tinti C, Vinvenuti G, Cortellini P, Pini Prato G, Clauser C. Guided tissue regeneration in the treatment of human facial recession. A 12 case report. J Periodontol. 1992; 63(6): 554- 560. Pubmed PMID: 1625156
25. Ardila Medina CM, Guzmán Zuluaga IC. Cirugía plástica periodontal a través de la técnica Bilaminar y matrices alodérmicas. AMC [Internet]. 2010 [citado 17 ago 2012]; 14 (6): 1-5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n6/amc140610.pdf>
26. Acosta Acosta N, Iglesias Berlanga I. Comportamiento de los trastornos mucogingivales en la población infantil. Rev Cienc Med [Internet]. 2013[citado 25 may 2014]; 19(1). Disponible en: <http://www.revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/viewFile/620/1069>
27. Godoy C, Guerrero V, Lozano E. Cirugía plástica periodontal, una realidad asistencial: reporte de casos. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabilit Oral [Internet]. 2014 [citado 25 may 2014]; 7(3): 180-186. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v7n3/art11.pdf>
28. Magalhães Benfatti CA, Goulart I, Barquero Cordero E, Bianchini MA, Souza Magini de R. Injerto de tejido conjuntivo sub-epitelial para el

- tratamiento de recesiones gingivales. Reporte de caso clínico. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2010[citado 25 may 2014]; 48(3): [aprox.11p.]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/3/pdf/art12.pdf>
29. Altamirano Flower MR, Tito Ramírez EY. Autoinjerto de tejido conectivo para aumento de tejidos blandos. Rev Act Clin Med [Internet]. 2013[citado 25 may 2014]; 28. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000100010&script=sci_arttext
30. Martorano T. Enfermedades Periodontales en Niños. Odontología Pediátrica. Venezuela: Universidad Central; 1996.p.425-452
31. Téllez Martínez J. Regeneración tisular guiada. Revista Nacional de Odontología México [Internet]. 2009 [citado 15 ago 2012]; 1 (1): 17-19. Disponible en: <http://www.intramed.net/UserFiles/pdf/67543.pdf>
32. Monteverde C, Zuled Pérez M. Piercing y condición de higiene bucal como factores de riesgo de recesión gingival. Odous Científica [Internet]. 2008 [citado 26 Ago 2012]; 9(2):27-32. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v9n2/art2.pdf>
33. Ferreira Gazel Yared K, Gonçalves Zenobio E, Pacheco W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. R Dental Press Ortodon Ortop Facial [Internet]. 2012. [citado 26 ago 2012]; 11(6): 45-51. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/dpress/v11n6/a07v11n6.pdf>
34. Ardila Medina CM. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. Av Periodon Implantol [Internet]. 2009[citado 27 feb 2012]; 21(1): 35-43. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/dpress/v11n6/a07v11n6.pdf>
35. Söhsten Marinho E, Cimões R, Jamelli SR. Recessão gengival na infância. International Journal of Dentistry [Internet]. 2007 [citado 26 Ago 2012]; 6(4):113-6. Disponible en: <https://www.ufpe.br/ijd/index.php/exemplo/article/viewFile/62/53>

Recibido: 8 de junio de 2015

Aprobado: 20 de junio de 2015

Dr. Niosbeide Betancourt Lahera. Clínica Estomatológica Docente "Lidia Doce". Guantánamo. Cuba. **Email:** niosbeide@infosol.gtm.sld.cu