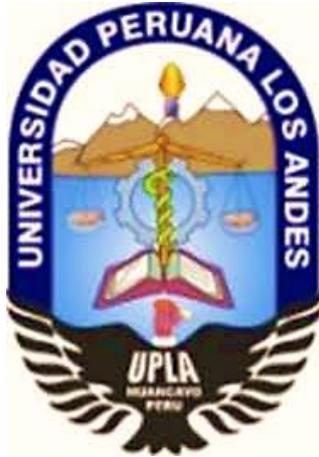


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud

Escuela Académica Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título: RECESIÓN GINGIVAL CLASE I DE MILLER CASO CLÍNICO

Para optar : El título profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bachiller Ccoyllo Sanchez, Yenei Cherly

Asesor : Dr. Daniel Roque Felen Hinostroza

Líneas de Investigación de Universidad: Salud y Gestión de la Salud

HUANCAYO – PERÚ

2021

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y mi familia por siempre estar conmigo brindándome su apoyo incondicional a lo largo de este tiempo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la oportunidad de darme para terminar mis estudios.

A mi familia por su preocupación, consejos y apoyo.

A mis docentes quienes me aconsejaron y orientaron durante la carrera.

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	vii

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.2. OBJETIVOS	9
2.3. MARCO TEÓRICO	9
2.3.1. Antecedentes	9
2.2.2. Bases Teóricas o Científicos	13

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO	21
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL	23
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL	24
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO	27

CAPÍTULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO	33
--------------------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN	34
-----------	----

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES	34
--------------	----

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES	35
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	35

RESUMEN

La recesión gingival se localiza a nivel del margen gingival con la unión cemento esmalte estos problemas se asocian a la abrasión, caries, estética no adecuada, los índices indican que muestra una prevalencia de aumento de las recesiones en diversas poblaciones. (1)

El presente trabajo tiene como objetivo determinar la recesión gingival y su biotipo periodontal, a través de un caso clínico con la paciente E. D.T. de 37 años de edad de sexo femenino, soltera viene a la consulta con motivo “No me gusta mi diente cuando sonrió”, enfermedad actual, paciente refiere que hace aproximadamente 6 años, se realizó un tratamiento ortodóntico y cuando concluyo observo que la raíz de su diente se veía, por ello acude a la clínica odontológica, actualmente se observa la raíz de su diente.

Palabras clave: Recesión gingival, Clasificación de Miller, Enfermedad periodontal

INTRODUCCIÓN

En el Perú mucha de las patologías se ven afectados por problemas periodontales en etapas muy tempranas siendo de mayor importancia tener una adecuada salud bucal es por lo que se debe de prevenir y tener en cuenta la clasificación del biotipo gingival de los pacientes en los que el profesional debe de brindar un correcto diagnóstico y tratamiento para medir la afección y el grado de recesión gingival de manera directa en los tejidos produciendo una disminución en la sensibilidad dental aumentando el peligro de la pérdida del diente. (1)

Las recesiones gingivales son alteraciones que pueden coexistir en el paciente, las opciones terapéuticas pueden ser demasiado variadas desde la aplicación de flúor, restauraciones, hasta cirugías periodontales. (3)

La eficacia de técnicas de cirugía del periodonto en los problemas de recesión localizada o múltiple, con la técnica de injerto, aplicado en 1986 a través del colgajo posicional coronal de Sullivan y Atkins descrito por Tarnow aplican el injerto del tejido, pero el que indica el procedimiento para la reducción de la recesión el Langer. (4)

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La recesión gingival es un problema periodontal que se muestran con gran frecuencia en la consulta odontológica, a varias alteraciones en la sensibilidad dental, estética no agradable, retención de placa estando asociado a superficies dentales, en pacientes con enfermedad periodontal avanzado e incluso en pacientes con enfermedades periodontales. (1)

Se asocia a varios factores, siendo de importancia clínica la determinación del mismo para predecir el comportamiento de los tejidos y proveer posibles complicaciones y fracasos en los diferentes tratamientos odontológicos de estructuras del tejido con mayor susceptibilidad a presentar recesión gingival, debido a que la estructura tanto del tejido blando y óseo es mas delicada y delgada. (5)

2.2. OBJETIVOS

- Determinar la recesión gingival y su biotipo periodontal.
- Conocer la prevalencia de las recesiones gingivales.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Veloz W. En el año 2021 se presentó una tesis titulado Factores de riesgo de recesión gingival en personas adultas, se denomina recesión gingival del tejido gingival marginal, dejando la superficie expuesta en relación al ambiente bucal, el estudio empleo una metodología de tipo bibliográfico descriptivo, conclusión la principal causa de las recesiones gingivales en el paciente adulto son la placa bacteriana y el trauma mecánico. (2)

Monge K. En el año 2020 se realizó un trabajo con el objetivo es evaluar la relación entre la eminencia radicular y la recesión de los caninos, metodología es de tipo observacional, transversal, descriptivo, la muestra es de 36 caninos superiores permanentes, los resultados indica que hay una relación entre el grado de eminencia y la clase de recesión gingival con la clase I con el 30.56%, en la clase II y III con el 19.44% conclusión que se acepta la hipótesis alterna con el p valor de 0.05. (3)

Palma R. En el año 2019 se presentó un trabajo con el objetivo de buscar la asociación del fenotipo, metodología es de tipo descriptivo, transversal de coherente, los resultados indican que el 24% tubo una recesión de tipo 2, el 14% una recesión de tipo 1, el 13% recesión tipo 2 en conclusión, no presenta asociación del fenotipo y recesión gingival. (5)

Rojas B. El año 2018 el objetivo del trabajo es determinar el biotipo gingival en el grado de recesión gingival, Metodología es de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal, observacional de enfoque cuantitativo con una muestra de 100 pacientes, los resultados muestran el 5.5% son mujeres, 44.4% son varones, el 59.6% tienen un biotipo I delgado, con la frecuencia de clase I, con un 40.4% a través de la prueba Chi cuadrado de Pearson, la estabilidad de las variables independientes, conclusión el grado de biotipo gingival con el grado de recesión en pacientes adultos en la clínica no existe asociación directamente proporcional. (1)

Sisalima J.El trabajo desarrollado en el 2018 tiene como objetivo determinar la prevalencia de la recesión gingival, metodología es de tipo descriptivo, analítico, en un total de 388 estudiantes fueron analizados , los resultados muestran

que la prevalencia de la recesión gingival fue de 47.21% con el método de diagnóstico de Miller y el 50.16% con el método de diagnóstico de Cairo teniendo asociación estadística significativa entre la recesión y grupo de edad de 25 a 34 años , el género masculino el $p = 0.028$ Miller y $P = 0.11$ Cairo, llegando a la conclusión la prevalencias del diagnóstico de Miller y Cairo es más eficaz detectar las recesiones gingivales. (4)

Rivera R. Et al. El 2016 el trabajo tiene como objetivo determinar la prevalencia de la recesión gingival, metodología es descriptivo, transversal y observacional con la muestra de 77 pacientes, los resultados indican que los análisis de recesión para el comportamiento de acuerdo a la técnica de cepillado, tipo de cepillo, frecuencia de cepillado, con el p valor de 0.02 en conclusión la recesión mostro ser elevada en los alumnos de Postgrado con la semejanza de recesión gingival y grupo etario. (6)

Brito C. Et al. El 2016 el trabajo tiene como objetivo determinar la prevalencia de recesión gingival y factores asociados, metodología de investigación que se observo fue calibrado respectivamente la ausencia de recesión gingival y al índice gingival modificado de tipo cualitativas, los resultados muestran que el 50.3% fueron mayores a 21 años, 49.7% comprendían a pacientes de 21 años o menos, 32.1% eran hombres, 67.9% mujeres según el biotipo periodontal el 49.6% presentaban un biotipo fino, 50.4% con un biotipo grueso, 44.3% buena higiene, 55.7% mala higiene, conclusión la prevalencia de RG en estudiantes de la facultad de odontología fue de 64.1% encontrando prevalencia de 64.3% en varones y 64% en mujeres. (5)

Llaguno J. En el año 2015 se desarrollo una investigación titulada Factores de riesgo en la recesión gingival en la población comprendida entre 20 – 50 años

de la comunidad San Roque de la parroquia Chaparoto del canto Sucre, durante en el periodo marzo julio 2015, objetivo caracterizar los factores de riesgo en la recesión gingival, metodología descriptivo de corte transversal, os resultados muestran que la recesión gingival con el 81% de personas afectadas, 19% personas sanas, de 81 personas que corresponde al 81% presentan a la recesión gingival, el 28% de las edades comprenden a 41-50 años, 37% comprenden las edades de 38 años, en conclusión el trabajo de investigación que los factores mas frecuentes en la recesión gingival son la malposición dentaria como factor de riesgo predisponente y el cepillado traumático como factor de riesgo desencadenante. (9)

2.3.2. Bases Teóricas o Científicos

Biotipo gingival

Las características y formas de las recesiones frente a cualquier estímulo de sus componentes genéticos de una manera específica llegando al fenotipo que toman de referencia los incisivos centrales superiores. (1)

Recesión gingival

Se describe como la migración de la encía hacia abajo exponiéndose la raíz.

La exposición de la superficie radicular en posición apical de la unión cemento esmalte por el alejamiento o retracción del borde gingival denominándolo recesión gingival, presentándose en dos formas por su localización y su asociación a la superficie generando una condición antiestética que logra conducir a una hipersensibilidad dentaria, de ca caries radicular y posterior la pérdida dental. (2)

Epidemiología

La recesión gingival afecta tanto a la población como a las personas adultas, demostrando que los distintos resultados de la prevalencia y severidad de las recesiones de la podrían atribuirse a la muestra de grupo etario.

Etiología

Los factores predisponentes y desencadenantes que juegan un papel importante de su desarrollo se predisponen aquellas condiciones anatómicas, fisiológicas contribuyen en el desarrollo de la recesión gingival ayudados o no por los factores predisponentes, una nueva clasificación de la enfermedades y condiciones periodontales y periimplantares. (4)

Factores predisponentes

Características Anatómicas

Se da cuando la encía, su mal posición, inserción de frenillos, ubicación de las piezas dentarias, ya que los molares superiores, la raíz palatina el ángulo es prominente en sentido vestibular que da lugar al hueso.

Características fisiológicas

El trauma oclusal, la anatomía ósea del tejido alveolar, duración del trauma, clasificándolo como primario, ya que afecta a un periodonto debilitado por lesiones en el periodonto, radiográficamente se visualiza con el grosor de la lámina dura del espacio periodontal. (4)

Factores desencadenantes

La recesión gingival se iniciando los factores predisponentes que incluyen periodontal, infecciones virales de la encía, cepillado traumática, movimientos ortodónticos, se ha vinculado con los movimientos ortodónticos en análisis cefalométricos de los incisivos mandibulares desarrollándose después de uso de la aparatología. (4)

Clasificación de la recesión gingival Arkins (1968)

La recesión gingival se menciona el desplazamiento de los tejidos marginal en la posición de la línea.

Clasificación de la Recesión Gingival

Miller lo clasifico como recesiones gingivales en cuatro formas de la extensión de la recesión.

En el año 1968 se clasifica de acuerdo a la superficie amplio, superficial estrecho, profundo, amplio, estrecho. Miller en 1985 logro clasificar las recesiones gingivales.

CLASE I: retracción que logra avanzar hasta el área mucogingival de la encía marginal, por lo cual o hay perdida del tejido y tampoco de hueso en la zona interdental.

CLASE II: Recesión del tejido marginal a nivel apical sin pérdida de tejido.

CLASE III: El tejido gingival marginal que se va a extender apical a la línea mucogingival, usualmente en dientes donde existe perdida a nivel proximal.

CLASE IV: La eliminación de la altura del periodonto a nivel proximal que se llegan a extender apical al margen de la recesión gingival. (2)

Clasificación de Mahajan`s

La modificación de las sugerencias del grado de la recesión con la unión de los criterios de pérdida de hueso. (4)

Clasificación de los defectos de la superficie dental en las zonas de recesión gingival

Es el límite amelocementario de los puntos de referencia . (7)

- Clase A: Presencia de la unión cemento - esmalte
- Clase B: Ausencia de la unión cemento esmalte
- Clase A o B y presencia de escalón
- Clase A o B y ausencia de escalón

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1 Historia Clínica

ANAMNESIS

- **DATOS DE FILIACIÓN**

- Nombres: E.D.T.
- Edad: 37 años de edad
- Sexo: Femenino
- Estado civil: soltera
- Lugar y fecha de nacimiento: Huancayo – 04/03/84
- Lugar de procedencia: La Oroya

- **MOTIVO DE CONSULTA**

“No me gusta mi diente cuando sonrío”

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

- Paciente refiere que hace aproximadamente 6 años con el tratamiento ortodóntico y cuando concluyo observo que la raíz de su diente se veía, por ello acude a la clínica odontológica, actualmente se observa la raíz de su diente.

- **ANTECEDENTES**

- **Antecedentes médicos familiares:** refiere que abuelo falleció por accidente.
- **Antecedentes personales:**
 - Antecedentes patológicos: no refiere
 - Antecedentes hospitalización: no refiere
 - Antecedentes quirúrgicos: no refiere

- Terapéuticos recientes: no refiere

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

- **Signos vitales**
 - Peso: 62 kg
 - Talla: 1.65 cm
 - IMC: 19.1
 - Presión arterial: 120/68 mmHg
 - Frecuencia respiratoria: 18 rpm
 - Pulso: 72 ppm
 - Temperatura: 36.5 °C
 - SPO2: 92

3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

- **Examen extrabucal**
 - Cabeza: braquicefalo
 - Ojos: simétricos, reflejos, conservados
 - Oídos: permeables, buena audición
 - Nariz: permeable
 - Cara: normofacial, perfil convexo
 - Atm: a la apertura desviación a la derecha, al cierre vuelve a su lugar de origen, clic
 - Ganglios: no palpables
- **Examen intraoral**
 - Paladar blando: Color rosado pálido.
 - Lengua: color rosado coral, de aspecto aterciopelado.
 - Piso de boca: buena secreción salival, permeable.

- Reborde gingival: incosistencia, eritematosa, lisa, edematosa, con aumento de tamaño a nivel de las piezas,
- Oclusión: relación molar derecha (clase I), izquierda (clase I); relación canina derecha (clase I), izquierda (clase I).

FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES



Lado Derecho



Frontal



Lado Izquierdo

FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



Lado Derecho



Lado Izquierdo



Frontal



oclusal inferior



oclusal superior

Exámenes auxiliares

- **Radiografía Periapical Seriada:**



PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Asepsia y antisepsia del campo operatorio



Instrumental para el tratamiento.

Anestesia infiltrativa



Aplicación de la anestesia tópica, carpule, lidocaína al 2% con epinefrina en la zona vestibular y palatina.

Medición con la sonda periodontal



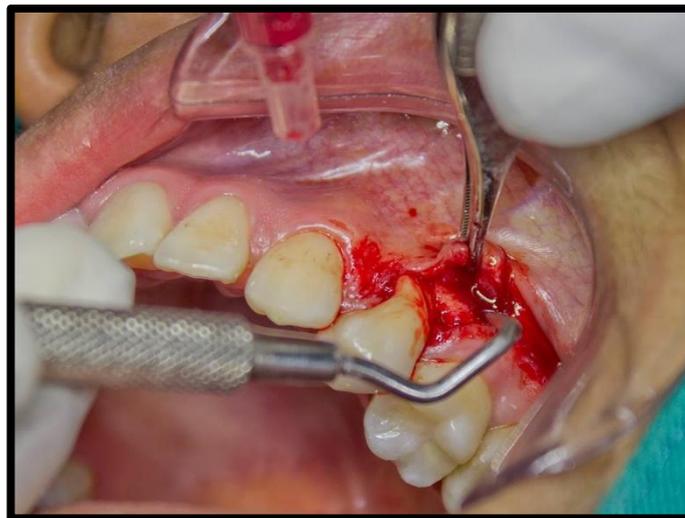
Marcado a 3 mm coronal de la punta como referencia para la incisión en V.

Marcado de la línea con el explorador



Se marca con el explorador una línea a nivel cervical de la pieza 2.4 – 2.5.

Incisión en la zona problema



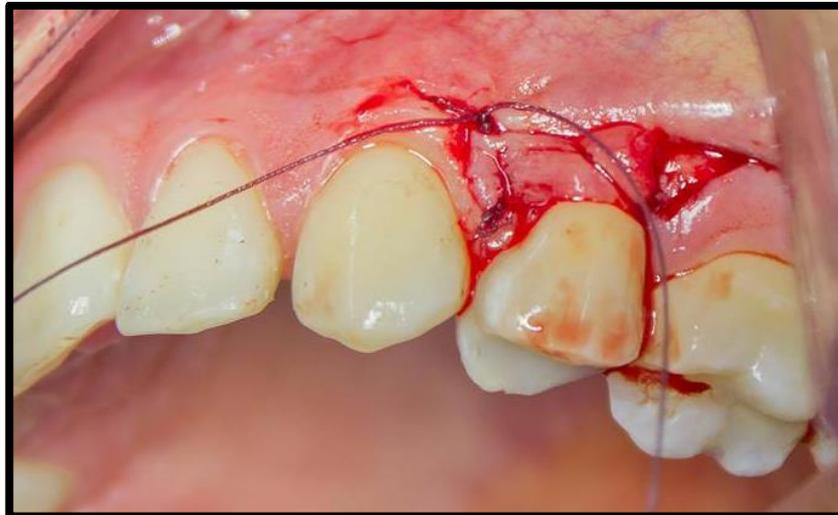
Incisiones intrasulcares que conectan a las incisiones en V de las papilas a decolar.

Incisión en la zona problema



Reposionar a través de un colgajo en la zona.

Sutura



Inmovilización a través de las suturas suspensorias con hilo reabsorbible.



CAPITULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO

- **Motivo del paciente**

Conseguir poder tratar de las piezas dentarias con el plan de tratamiento y mantenimiento establecido con el procedimiento de la cirugía.

Mantener una buena salud general.

Motivación del paciente sobre el efecto de la salud.

- **Consentimiento informado**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS DE LA RELACION DOCENTE ASISTENCIAL.

NOBRE DEL PACIENTE: Dr. Federico Esteban Villaseca

FECHA: 13/01/2024 CLINICA: PROF. PÉREZ

1. Yo, Federico Esteban Villaseca identificado con DNI N° 92098311 por medio del presente documento, en mi calidad de paciente, expreso y formalizo de los facultados médicos, cargo en forma libre, mi consentimiento al Docente _____ que por intermedio y con el concurso del estudiante sometido a su dirección así como los asistentes que él elija o asigne, y los demás profesionales de la salud que se requieran me practique la siguiente intervención quirúrgica y/o realice el siguiente procedimiento: _____

2. El Docente en mención queda autorizado para llevar a cabo o solicitar la práctica de técnicas o procedimientos odontológicos adicionales a los que ya autorizados en el punto anterior cuando el buen resultado del tratamiento así lo exija.

3. El Docente, informo al paciente de la existencia de riesgos, generales y específicos, irreversibles que por sus mismas características no se pueden revertir y que el paciente declara que los conoce y que comprende en su totalidad la explicación anterior y la posibilidad de que en desarrollo del curso de la intervención o del tratamiento se puedan producir.

4. El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados previa evaluación que del paciente ha hecho el docente y excluye de línea responsable con el objeto de identificar las condiciones, clínicas, psicológicas y demás información que el Docente me ha hecho con respecto a los riesgos, previos y consecuencias que puedan derivarse de la intervención consentida, en los términos con los cuales se han consignado en la historia clínica. Declaro que he leído atentamente y me explicaron las explicaciones sobre sus alcances y que han sido acordados los costos que he tenido y ministrados al respecto.

5. Me no he acordado que existen riesgos de inhospital o fácil prevención, los cuales por esta razón, no pueden ser asumidos y en consecuencia, declaro expresamente que así mismo, por haber entendido bien que la odontología no es un comercio suculento y que con la intervención autorizada la busqué para el paciente un buen resultado, el cual no depende exclusivamente del odontólogo y por ello no puede ser garantizado.

6. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia que pueda llegar a requerirse, sea administrada y no me sido acordado así mismo que para el caso contenga la autorización del ANESTESIA. He recibido satisfactorias explicaciones a este respecto y los costos que he tenido y reembolsado en términos acordados.

7. No recibí estas instrucciones en el escrito de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revisado o dejado sin efecto por la simple decisión del suscrito sin más de la intervención realizada del tratamiento.

8. Se me ha explicado que la atención odontológica de que será objeto es desarrollada conjuntamente por el docente y los estudiantes que están bajo su supervisión y formación. En efecto, se me explica de manera clara y completa esta situación a la que declaro mi expresa aceptación y como las especiales condiciones que un tratamiento en estas circunstancias genera.

9. Autorizo que a condición de que no se mencione el nombre del paciente, sus exámenes de laboratorio de patología, sus radiografías y fotografías, pueden ser utilizadas con fines de enseñanza, investigación y/o divulgación científica.

Confirmando que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

Federico Esteban Villaseca
FIRMA DEL PACIENTE
DNI N° 92098311

FIRMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO RESPONSABLE DEL ÁREA

FIRMA DEL ESTUDIANTE

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Brito C. Et al. (5) En el año 2016 menciona en sus tesis que los factores asociados como biotipo periodontal, higiene bucal, tratamiento ortodóntico previo, técnica de cepillado, frecuencia de cepillado, restauraciones subgingivales no revelaron una asociación estadísticamente significativa encontrando asociación entre la recesión gingival vestibular con el tipo de cepillo de cerdas medias.

Rojas B. En el año 2018 en su tesis concluye que el grado de biotipo gingival y el grado de recesión gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos atendidos en la clínica estomatológica concluyendo que no existe una asociación directamente proporcional.

Veloz W. en el año 2021 (2) concluye en su trabajo que la migración del borde coronal de la encía que se encuentra a nivel apical a partir de la unión amelocementaria se denomina recesión gingival en el cual las restauraciones han llegado a distorsionar la apariencia o forma de esta unión.

Monge K. En el año 2020 menciona en sus tesis que el 33.3% la eminencia radicular excesiva, el 25% la relación estadística de la eminencia radicular y la recesión gingival en caninos con una recesión gingival clase I.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- Los factores predisponentes van a influir sobre la estabilidad y la posición del margen gingival y a su vez los factores desencadenantes van a incidir en los predisponentes incitando la recesión gingival.
- El recubrimiento de las recesiones gingivales puede ser logrado con diversas técnicas quirúrgicas aumentando la amplitud de la encía queratinizada.
- Comparar la prevalencia entre el método de diagnóstico de Miller y Cairo.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- Se recomienda mantener una rutina adecuada y correcta técnicas de higiene dental que logren prevenir la gingivitis causada por la placa bacteriana.
- Se recomienda una limpieza profesional de mínimo una vez al año o cada 6 meses acompañada de una adecuada técnica de cepillado y el uso del hilo dental.
- Buscar diversos métodos de tratamiento de la recesión gingival.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Medina A. Recesion gingival: una revision de su etiologia patogenesis y tratamiento. Avances en Periodoncia e Implantologia Oral. 2009 Abril ; 21(1).
2. Rojas B. Asociacion del biotipo gingival con el grado de recesion gingival en pacientes adultos atendidos en la Clinica Estomatologica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Inca Garcilaso de la Vega ; 2018.
3. Garza C. Tratamiento de la recesion gingival mediante el injerto de tejido conectivo subepitelial (Tècnica de Langer y Langer) en pacientes con abfracciones, estudio longitudinal. Obtencion de Maestrìa en Ciencias Odontologicas con Especialidad en Periodoncia. Universidad Autònoma de Nuevo Leòn ; 2014.
4. Còrdova J, Tinajero M. Recubrimiento de recesiones gingivales clase I y II de Miller tratados con injerto de tejido conectivo subepitelial (ICS) y Matriz Dermica Acelular en combinacion con derivados de matriz de esmalte (MDA)+ (DME). Estudio clinico randimizado controlado. Tesis de grado presentada como requisito para la obtencion del título de Especialista en Periodoncia. Quito : Universidad San Francisco de Quito USFQ; 2015.
5. Cuesta J. Prevalencia de recesion gingival y su asociado con el biotipo periodontal en Adolescentes de la Unidad Educativa Cardenal Carlos Maria de la Torre del Quinche

- año 2017. Tesis para aprobar el título de Odontólogo. Quito: Universidad Central del Ecuador ; 2017.
6. Veloz W. Factores de riesgo de recesión gingival en personas adultas. Tesis para optar el título profesional. Guayaquil : Universidad de Guayaquil ; 2021.
 7. Monge K. Relación entre la eminencia radicular y la recesión gingival de caninos permanentes superiores en pacientes del Centro Odontológico de la UCSM. Arequipa 2019. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Arequipa : Universidad Católica de Santa María ; 2020.
 8. Palma R. Fenotipo gingival asociado a las recesiones gingivales en pacientes atendidos en el centro de Salud Manuel Bonilla en el Callao 2018. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Inca Garcilaso de la Vega ; 2019.
 9. Sisalima J. 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 previo a la obtención del título de Especialista en Periodoncia. Ecuador : Universidad de Cuenca , Cuenca ; 2018.
 10. Rivera V, Rios Adl. 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).
 11. Brito C, Pesantez D. Prevalencia de recesión gingival y factores asociados en estudiantes entre 18 y 25 años de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca 2015-2016. Trabajo previo a la obtención del título de Odontólogo. Cuenca - Ecuador : Universidad de Cuenca ; 2016.

12. LLaguna J. Factores de riesgo en la recesion gingival en la poblacion comprendida entre 20 - 50 años de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotò del canton Sucre durante el periodo marzo - julio de 2015. Tesis de grado previo a la obtencion del titulo de odontologa. Manabi: Universidad; 2015.