RSPP
REVISTA DE SALUD PÚBLICA DEL PARAGUAY
https://doi.org/10.18004/rspp.20261605

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Caracterización de la recesión gingival en pacientes de una clínica odontológica universitaria privada de Hernandarias, Paraguay, 2024

Characterization of gingival recession in patients attending a private university dental clinic in Hernandarias, Paraguay, 2024

María Belén Campuzano Giménez[1], Wilson Manuel Cristaldo Cattebeke[1], Kauana Mileny Godoy Aquino[1], Matheus Lopes Maestre[1], Evelyn Daihana Ortigoza Santa Cruz[1], Edith Riveros Antonelli[1], Eva Ruzena Montiel Fernández[1*]

[1] Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción", Carrera de Odontología, Campus Alto Paraná, Hernandarias, Paraguay.

RESUMEN

Introducción: La recesión gingival (RG) es una condición periodontal frecuente, influenciada por factores mecánicos e inflamatorios, con escasa evidencia local en Paraguay sobre su frecuencia en pacientes de clínicas universitarias. El objetivo fue determinar la frecuencia de la RG y describir sus características clínicas en pacientes que acudieron a las Clínicas Odontológicas de la Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción", Campus Alto Paraná, Paraguay, entre agosto y septiembre de 2024. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos (n=72). Se registraron biotipo gingival, grupo dentario afectado, zona de recesión y clasificación de Miller. Se realizó análisis descriptivo y, de forma exploratoria, se evaluó la asociación entre biotipo y zona de recesión por pieza dentaria con la prueba exacta de Fisher (Jamovi 2.6.26.0). **Resultados:** El 95,8% (n=69) presentó RG; el grupo dentario más afectado fue el de los molares (62,3%), seguido de los premolares (59,4%). La zona vestibular fue la más afectada. Predominó el biotipo grueso (73,6%). La Clase I de Miller fue la más frecuente (arcada superior: 93,2%; inferior: 90,0%). No se observó una asociación consistente entre biotipo gingival y zona de recesión; las asociaciones aisladas en los dientes 27 (p=0,007), 37 (p=0,024) y 47 (p=0,022) se obtuvieron sobre observaciones no independientes y sin corrección por comparaciones múltiples. **Conclusión:** La frecuencia de RG es elevada en esta muestra. Las asociaciones aisladas entre biotipo gingival y zona de recesión no son concluyentes y solo permiten plantear hipótesis para estudios posteriores.

Palabras clave: recesión gingival; encía; clínicas odontológicas; Paraguay.

ABSTRACT

Introduction: Gingival recession (GR) is a common periodontal condition influenced by mechanical and inflammatory factors, with scarce local evidence in Paraguay on its frequency among university dental clinic patients. We aimed to determine the frequency of GR and describe its clinical characteristics in patients who attended the Dental Clinics of the Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción", Alto Paraná Campus, Paraguay, from August to September 2024. **Materials and methods:** We conducted an observational, descriptive, cross-sectional study with non-probabilistic consecutive sampling (n=72). We recorded gingival biotype, affected tooth group, recession zone, and Miller classification. We performed a descriptive analysis and, for exploratory purposes, assessed the association between biotype and recession zone by tooth using Fisher's exact test (Jamovi 2.6.26.0). **Results:** GR was present in 95.8% (n=69) of patients; the most affected tooth group was molars (62.3%), followed by premolars (59.4%). The facial zone was the most affected. The thick biotype predominated (73.6%). Miller Class I was the most frequent (maxillary arch: 93.2%; mandibular arch: 90.0%). We found no consistent association between gingival biotype and recession zone; the isolated associations in teeth 27 (p=0.007), 37 (p=0.024), and 47 (p=0.022) were obtained from non-independent observations without correction for multiple comparisons. **Conclusion:** GR frequency is high in this sample. The isolated associations between gingival biotype and recession zone are inconclusive and only generate hypotheses for future studies.

Keywords: gingival recession; gingiva; dental clinics; Paraguay.

Autor correspondiente: Eva Ruzena Montiel Fernández[1], Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción", Carrera de Odontología, Hernandarias, Paraguay; evam.investigacion@gmail.com; +595 973 826486.
Recibido: 30/03/2026. **Aceptado**: 21/04/2026. **Publicado**: 11/05/2026.
Editor responsable: Marta Inés Ferreira-Gaona, Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción", Asunción, Paraguay.
Cómo citar este artículo: Campuzano Giménez MB, Cristaldo Cattebeke WM, Godoy Aquino KM, Lopes Maestre M, Ortigoza Santa Cruz ED, Riveros Antonelli E, et al. Caracterización de la recesión gingival en pacientes de una clínica odontológica universitaria privada de Hernandarias, Paraguay, 2024. Rev salud publica Parag. 2026;16:e1605.
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional

INTRODUCCIÓN

La salud bucodental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un pilar fundamental del bienestar general, ya que permite el correcto desarrollo de funciones vitales como comer y hablar, e influye directamente en la autoestima y la integración social del individuo. Las enfermedades bucodentales, desde la caries dental hasta las enfermedades periodontales graves, que afectan a cerca de 3500 millones de personas, comprometen no solo la estructura física de la boca, sino también la capacidad de la persona para desenvolverse plenamente sin dolor ni incomodidad (1).

Las enfermedades periodontales afectan los tejidos de soporte de los dientes. Suelen manifestarse inicialmente como gingivitis, con inflamación, sangrado gingival y halitosis; en sus formas avanzadas, los dientes pierden su inserción al hueso alveolar y pueden llegar a perderse. Constituyen un problema de salud pública de gran magnitud, vinculado principalmente al consumo de tabaco y a una higiene bucal deficiente (2).

Una de las manifestaciones clínicas de la enfermedad periodontal es la recesión gingival (RG), definida como el desplazamiento del margen del tejido blando gingival en sentido apical a la unión amelocementaria, con la consecuente exposición de la superficie radicular (3). Su frecuencia tiende a aumentar con la edad, y su aparición se ve favorecida por la acción física o mecánica directa sobre los tejidos gingivales o por reacciones inflamatorias en dichos tejidos (4). Entre los factores descritos se encuentran el cepillado dental traumático, el bruxismo, los tratamientos ortodóncicos con fuerzas excesivas, la posición dentaria, los hábitos del paciente y la inflamación gingival, entre otros (5).

El biotipo periodontal, también denominado biotipo gingival, corresponde al conjunto de características anatómicas de los tejidos duros y blandos que rodean al diente. Se distinguen dos tipos: el biotipo fino, con encía traslúcida, contornos festoneados y coronas dentarias de forma cónica, y el biotipo grueso, con encía más voluminosa, fibrosa y densa, y de contorno menos marcado (6). Un menor grosor gingival se ha asociado con una mayor ocurrencia y severidad de la RG (3), por lo que el biotipo constituye una característica relevante en su evaluación clínica.

Para clasificar la RG, la clasificación de Miller es una de las más utilizadas a nivel mundial por su sencillez de aplicación. Esta clasificación distingue cuatro clases según la relación del margen gingival con la unión mucogingival y la presencia o ausencia de pérdida de tejido blando o duro en el área interproximal (7). Aunque se le han señalado limitaciones que motivaron propuestas de clasificación posteriores, continúa siendo una referencia habitual en la práctica clínica y en los estudios epidemiológicos.

En Paraguay, las enfermedades no transmisibles se mantienen como la principal causa de mortalidad y representan el 41,7% del total de defunciones (8). En el ámbito periodontal, un estudio realizado en pacientes atendidos en la Cátedra de Periodoncia de una universidad de Asunción reportó una frecuencia de periodontitis crónica del 53%, con presencia frecuente de comorbilidades como diabetes mellitus e hipertensión arterial (9).

A pesar de estos antecedentes, la evidencia local sobre la frecuencia específica de la RG en la población que acude a clínicas odontológicas universitarias del departamento de Alto Paraná es escasa. Este vacío de conocimiento dificulta el diseño de estrategias preventivas y de diagnóstico temprano adaptadas al contexto local.

En este contexto, el objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia de la RG y describir el biotipo gingival, el grupo dentario afectado, las zonas de recesión y la distribución según la clasificación de Miller en pacientes que acudieron a las Clínicas Odontológicas de la Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”, Campus Alto Paraná, entre agosto y septiembre de 2024. De forma secundaria y exploratoria, se analizó la posible asociación entre el biotipo gingival y la zona de recesión por pieza dentaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en las Clínicas Odontológicas de la Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”, Campus Alto Paraná, entre agosto y septiembre de 2024.

La población estuvo conformada por los pacientes que acudieron a dichas clínicas durante el período de estudio. Se empleó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos: se incluyó a la totalidad de los pacientes que acudieron en ese período y cumplieron los criterios de selección, lo que resultó en una muestra de 72 participantes. El tamaño muestral no se determinó mediante un cálculo previo de potencia estadística, sino por la disponibilidad de pacientes durante el período de recolección. Se incluyeron pacientes de 18 años o más que acudieron voluntariamente a las clínicas y firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron los pacientes con registros incompletos, los que rehusaron participar, los que presentaban enfermedades sistémicas con repercusión periodontal (diabetes mellitus no controlada, inmunosupresión) y los que se encontraban bajo tratamiento periodontal activo al momento de la evaluación.

Los datos se registraron en una ficha clínica digital elaborada en Google Forms y validada por dos odontólogos docentes de las cátedras de Periodoncia y Patología Bucal. Antes de iniciar la recolección se realizó una calibración de los

examinadores. La evaluación clínica consistió en un examen bucal sistemático realizado por estudiantes de cuarto año de la carrera de Odontología, bajo la supervisión y verificación del docente titular de la cátedra de Periodoncia, con espejo bucal, pinza y sonda periodontal Hu-Friedy PCP12. Se examinaron las piezas dentarias 11 a 17, 21 a 27, 31 a 37 y 41 a 47; se excluyeron los terceros molares. Las variables registradas fueron: presencia o ausencia de RG; grupo dentario más afectado en cada paciente (molares, premolares, caninos o incisivos; pudo registrarse más de uno por paciente); zona de recesión en la cara vestibular (mesiovestibular, vestibular, distovestibular); clasificación de Miller (Clase I, II, III o IV) (7), registrada una vez por grupo dentario y hemiarcada; y biotipo gingival, clasificado por inspección visual como fino o grueso según los criterios descritos previamente (6).

Para el análisis, la base de datos, registrada originalmente con un registro por paciente, se reestructuró mediante un script en Python a un formato en el que cada registro correspondió a la combinación paciente-diente-zona, con las variables paciente, diente, biotipo y zona de recesión. Los dientes sin recesión se codificaron como “ninguna”, y cuando un mismo diente presentaba recesión en más de una zona, cada zona se registró como un registro independiente. Los datos se procesaron con el programa Jamovi, versión 2.6.26.0. Se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas.

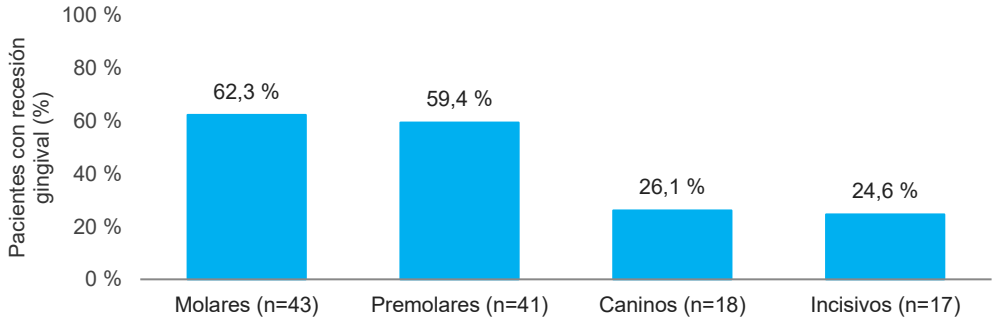
Con fines exploratorios, como análisis secundario no confirmatorio, se evaluó la asociación entre el biotipo gingival y la zona de recesión en cada pieza dentaria mediante tablas de contingencia estratificadas por diente. Debido a que la mayoría de las celdas presentó frecuencias esperadas inferiores a cinco, lo que impidió aplicar la prueba de chi cuadrado (χ^2), se utilizó la prueba exacta de Fisher. Posteriormente, la variable zona de recesión se recodificó de forma dicotómica (presencia/ausencia de recesión) y se repitió la prueba exacta de Fisher para cada pieza dentaria, a fin de reducir el número de celdas con frecuencias esperadas bajas. En ambos análisis, la unidad de análisis fue la observación diente-zona y no el paciente, por lo que un mismo paciente pudo aportar más de una observación por diente. Se consideró un nivel de significación de $p<0,05$, sin corrección por comparaciones múltiples. Por estas razones, los resultados inferenciales deben interpretarse como generadores de hipótesis y no permiten establecer inferencias causales ni generalizaciones a la población.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”, Campus Alto Paraná (N° de aprobación: 01/2024 del 5 de febrero de 2024). Antes de la recolección se explicó el procedimiento a cada paciente y se obtuvo su consentimiento informado por escrito. Los datos se manejaron de forma codificada para resguardar la confidencialidad de los participantes.

RESULTADOS

De los 72 pacientes evaluados, 69 (95,8%) presentaron RG y 3 (4,2%) no la presentaron. Entre los pacientes con RG, el grupo dentario más afectado fue el de los molares (62,3%; n=43), seguido de los premolares (59,4%; n=41), los caninos (26,1%; n=18) y los incisivos (24,6%; n=17). En algunos pacientes se registró más de un grupo dentario como el más afectado (**Gráfico 1**).

Gráfico 1. Grupo dentario más afectado en pacientes con recesión gingival (n=69). Hernandarias, Paraguay, agosto-septiembre de 2024



Porcentajes calculados sobre el total de pacientes con recesión gingival (n=69). En algunos pacientes se registró más de un grupo dentario como el más afectado; por ello, la suma de los porcentajes supera el 100%.

En todas las piezas dentarias, la zona afectada con mayor frecuencia fue la vestibular; en la mayoría de las piezas le siguió la mesiovestibular y, luego, la distovestibular. La arcada inferior concentró un mayor número de pacientes con recesión que la superior. En la arcada inferior, las piezas con mayor número de pacientes con recesión vestibular fueron el primer premolar inferior izquierdo (34; n=45), el primer premolar inferior derecho (44; n=43) y el segundo premolar inferior izquierdo (35; n=41). En la arcada superior, fueron el primer molar superior izquierdo (26; n=35) y el primer

molar superior derecho (16; n=31). Las piezas menos afectadas fueron los incisivos superiores 21 (n=8), 11 (n=10) y 12 (n=12) (**Tabla 1**).

El biotipo gingival fue grueso en el 73,6% (n=53) de los pacientes y fino en el 26,4% (n=19). Los tres pacientes sin RG presentaron biotipo grueso. Entre los pacientes con RG, el 72,5% (n=50) presentó biotipo grueso y el 27,5% (n=19), biotipo fino.

Según la clasificación de Miller, la Clase I fue la más frecuente en ambas arcadas: 93,2% en la superior y 90,0% en la inferior. Le siguieron la Clase II (4,4% y 8,1%, respectivamente) y la Clase III (2,4% y 1,9%, respectivamente). No se registraron casos de Clase IV (**Tabla 2**).

Tabla 1. Número de pacientes con recesión gingival según pieza dentaria y zona afectada (n=72). Hernandarias, Paraguay, agosto-septiembre de 2024

Diente	MV (n)	V (n)	DV (n)	Diente	MV (n)	V (n)	DV (n)
17	11	25	6	**37**	18	27	5
16	11	31	5	**36**	15	33	6
15	3	21	3	**35**	6	41	8
14	3	22	2	**34**	6	45	2
13	5	20	2	**33**	4	37	2
12	1	12	1	**32**	5	25	3
11	0	10	0	**31**	4	24	3
21	1	8	0	**41**	4	22	3
22	3	14	1	**42**	5	25	3
23	4	22	4	**43**	4	39	3
24	3	23	1	**44**	9	43	4
25	4	25	3	**45**	3	37	4
26	13	35	6	**46**	17	31	4
27	13	25	6	**47**	15	25	4

MV: mesiovestibular; V: vestibular; DV: distovestibular. Los valores corresponden al número de pacientes con recesión gingival en la zona indicada de cada pieza dentaria. Un mismo paciente puede presentar recesión en más de una zona de una misma pieza.

Tabla 2. Distribución de las recesiones gingivales según la clasificación de Miller y arcada dentaria en pacientes con recesión gingival (n=69). Hernandarias, Paraguay, agosto-septiembre de 2024

Clasificación de Miller	Arcada superior n (%)	Arcada inferior n (%)
Clase I	191 (93,2)	279 (90,0)
Clase II	9 (4,4)	25 (8,1)
Clase III	5 (2,4)	6 (1,9)
Clase IV	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	205 (100,0)	310 (100,0)

n: número de unidades grupo dentario-hemiarcada con recesión gingival (molares, premolares, caninos e incisivos, derechos e izquierdos), clasificadas según Miller. Cada unidad se contabilizó una vez, independientemente del número de dientes o sitios afectados; por ello, los totales no coinciden con el número de sitios de la Tabla 1 ni con el número de dientes con recesión.

En el análisis exploratorio con la zona de recesión en cuatro categorías, la asociación entre biotipo gingival y zona de recesión fue estadísticamente significativa únicamente en el segundo molar superior izquierdo (27; p=0,016). En el análisis con la variable dicotomizada (presencia/ausencia de recesión), la asociación fue significativa en el segundo molar superior izquierdo (27; p=0,007), el segundo molar inferior izquierdo (37; p=0,024) y el segundo molar inferior derecho (47; p=0,022). En las demás piezas dentarias no se observaron asociaciones estadísticamente significativas (p>0,05) (**Tabla 3**). Estos resultados corresponden a observaciones diente-zona no independientes y a 28 comparaciones por análisis sin corrección por multiplicidad, por lo que deben interpretarse con cautela.

Tabla 3. Asociación entre biotipo gingival y zona de recesión por pieza dentaria (prueba exacta de Fisher). Hernandarias, Paraguay, agosto-septiembre de 2024

Diente	n	p (zona, 4 categorías)	p (presencia/ ausencia)	Diente	n	p (zona, 4 categorías)	p (presencia/ ausencia)
17	88	0,320	0,107	**37**	**93**	**0,063**	**0,024***
16	86	0,736	0,457	36	92	0,815	0,485
15	78	0,957	0,790	35	86	0,913	0,616
14	76	0,892	0,786	34	80	0,852	0,604
13	78	0,681	1,000	33	77	0,256	0,067
12	74	0,846	0,746	32	80	0,779	0,448
11	72	1,000	1,000	31	79	0,500	0,302
21	73	0,423	0,698	41	79	0,441	1,000
22	76	0,835	1,000	42	80	0,779	0,448
23	80	0,797	0,595	43	79	0,819	0,438
24	76	0,927	0,786	44	85	0,362	0,298
25	78	0,958	0,793	45	79	0,537	0,437
26	91	0,745	0,346	46	91	0,740	0,809
27	90	0,016*	0,007*	**47**	**90**	**0,078**	**0,022***

*n: número de observaciones diente-zona; un mismo paciente puede aportar más de una observación por diente. Zona en 4 categorías: ninguna, mesiovestibular, vestibular y distovestibular. Presencia/ausencia: variable zona dicotomizada. La prueba de χ^2 no fue aplicable por frecuencias esperadas inferiores a 5 en la mayoría de las celdas. *p<0,05, sin corrección por comparaciones múltiples (28 pruebas por análisis).*

DISCUSIÓN

El 95,8% de los pacientes evaluados presentó RG, una frecuencia elevada en esta muestra. Este resultado es concordante con el estudio de Cavieres et al., realizado en estudiantes universitarios, en el que el 93,6% presentó RG (10), y con el de Marini et al., que reportaron una frecuencia del 89% en adultos (11). Esta frecuencia podría relacionarse con factores como el patrón de cepillado, los hábitos parafuncionales o la exposición a factores de riesgo locales. Dado que no fueron evaluados en el presente estudio, estos aspectos deberían explorarse en futuros estudios analíticos.

Entre los pacientes con RG, el grupo dentario más afectado fue con mayor frecuencia el de los molares (62,3%), seguido de los premolares (59,4%), los caninos (26,1%) y los incisivos (24,6%). De forma similar, en el estudio de Chrysanthakopoulos los dientes más afectados por exposición radicular fueron los primeros y segundos molares, tanto maxilares (35,3%) como mandibulares (28,7%) (12). La RG tiene un origen multifactorial, en el que intervienen técnicas de cepillado agresivas, presencia de cálculo, biotipo periodontal fino y factores anatómicos como frenillos marginales, malposición dentaria, tratamientos de ortodoncia, bruxismo, restauraciones desajustadas y tabaquismo (13,14). La RG en los incisivos mandibulares se ha vinculado predominantemente con una higiene bucal deficiente (15), mientras que en los premolares su causa principal suele ser el cepillado traumático (16). En los molares, la literatura es controversial: algunos estudios señalan al cepillado traumático como factor determinante en el primer molar superior, mientras que otros identifican la placa bacteriana y el cálculo como principales factores etiológicos (11,17). En la presente muestra, el predominio en molares podría explicarse por la mayor dificultad para el control de la placa en el sector posterior y la consiguiente acumulación de cálculo. Esta hipótesis no pudo verificarse, ya que no se registraron índices de higiene ni hábitos de cepillado.

En cuanto a las arcadas, según el análisis por pieza dentaria (Tabla 1), la inferior concentró un mayor número de pacientes con recesión, principalmente en premolares y caninos inferiores, mientras que en la arcada superior destacaron los primeros molares (26 y 16) y los incisivos superiores fueron las piezas menos afectadas. Se ha reportado que la RG ocurre con mayor frecuencia en la región anterior de la mandíbula y en la región posterior del maxilar (14,17). Los presentes hallazgos coinciden parcialmente con esa distribución: concuerdan en la afectación del sector posterior del maxilar y, en parte, del sector anterior mandibular por la alta afectación de los caninos inferiores, aunque no de los incisivos inferiores.

El biotipo gingival grueso fue el más frecuente (73,6%), en tanto que el fino se observó en el 26,4% de los pacientes. Otros estudios que también evaluaron el biotipo por método visual reportaron una distribución más equilibrada, con una ligera predominancia del biotipo grueso (51,7%) sobre el fino (48,3%) (18).

Según la clasificación de Miller, la Clase I fue la más frecuente (93,2% en la arcada superior y 90,0% en la inferior), seguida de la Clase II (4,4% y 8,1%) y la Clase III (2,4% y 1,9%), sin casos de Clase IV. Estos resultados son consistentes con los de Amaro-Rivera et al., quienes, en adolescentes, también reportaron predominio de la Clase I (97%), seguida de la Clase II (1,4%) y la Clase III (0,9%), sin casos de Clase IV (19). Chrysanthakopoulos, que clasificó la recesión según su profundidad, medida con sonda periodontal desde la unión amelocementaria hasta el margen gingival, y no según los criterios de Miller, reportó que el 79,4% de los pacientes presentó recesión de grado I y el 15,3% de grado II (12). Aunque ambos sistemas no son directamente comparables, en los dos predominaron las formas leves de recesión.

Respecto de la relación entre biotipo y RG, los tres pacientes sin recesión presentaron biotipo grueso, mientras que entre los pacientes con RG el 72,5% tenía biotipo grueso y el 27,5%, fino. Estos hallazgos difieren de lo reportado en la literatura, que señala una mayor susceptibilidad a la RG en individuos con biotipo fino o menor grosor gingival (3). Patiño reportó que el 43,2% de los pacientes evaluados presentaba biotipo fino con RG, frente al 16,2% con biotipo grueso y RG (20). La discrepancia podría deberse al método visual utilizado para clasificar el biotipo, menos preciso que la medición instrumental con sonda periodontal, y al reducido número de pacientes sin RG (n=3), que impide comparar ambos grupos.

En el análisis exploratorio por pieza dentaria no se observó una asociación consistente entre el biotipo gingival y la zona de recesión. La asociación fue significativa solo en el segundo molar superior izquierdo (27) con ambas codificaciones de la variable zona, y en los segundos molares inferiores (37 y 47) únicamente con la variable dicotomizada. Estos resultados aislados deben interpretarse con cautela: se obtuvieron sobre observaciones diente-zona no independientes y a partir de 28 comparaciones por análisis sin corrección por multiplicidad, por lo que no puede descartarse que respondan al azar. Por otra parte, las zonas de menor grosor del biotipo periodontal se describen en las regiones del canino maxilar y del primer premolar mandibular (21). En estas piezas (13, 23, 34 y 44) no se observó asociación, lo que concuerda con otras investigaciones que tampoco encontraron asociación estadísticamente significativa entre el biotipo gingival y la RG en los sectores anterosuperior y anteroinferior (22).

Entre las fortalezas del estudio se destaca que aporta datos locales sobre la frecuencia y las características de la RG en pacientes de clínicas odontológicas universitarias del departamento de Alto Paraná, un ámbito con escasa evidencia

previa. Se incluyó a la totalidad de los pacientes elegibles que acudieron durante el período de estudio, lo que reduce la selección arbitraria de participantes dentro de ese período. Además, la evaluación abarcó todas las piezas dentarias examinadas, con registro desagregado por diente y por zona vestibular afectada, y se utilizó la clasificación de Miller, un sistema estandarizado y ampliamente empleado, lo que permite comparar los resultados con los de estudios previos.

El presente estudio tiene limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el muestreo no probabilístico y el origen de los pacientes en una sola institución universitaria impiden generalizar los hallazgos. Por ese motivo, las proporciones obtenidas se reportan como frecuencias en la muestra y no como estimaciones de prevalencia poblacional. En segundo lugar, el tamaño muestral (n=72) limita la potencia estadística para detectar asociaciones. En tercer lugar, el biotipo gingival se evaluó por método visual, sin medición instrumental del grosor gingival con sonda periodontal ni transiluminación, lo que puede introducir un sesgo de clasificación. En cuarto lugar, en el análisis inferencial la unidad de análisis fue la observación diente-zona y no el paciente, por lo que un mismo paciente aportó varias observaciones, lo que vulnera el supuesto de independencia de las pruebas aplicadas; además, no se corrigió por comparaciones múltiples. Por último, el diseño transversal no permite establecer relaciones causales ni evaluar la progresión de la RG en el tiempo.

Para futuras investigaciones se recomienda incorporar la clasificación de Cairo et al., que considera el nivel de inserción clínica interproximal como factor pronóstico y supera así una de las limitaciones de la clasificación de Miller (23); medir el biotipo gingival con sonda periodontal; y emplear muestras probabilísticas de mayor tamaño, con el paciente como unidad de análisis o con métodos estadísticos para datos agrupados.

En conclusión, la frecuencia de RG en los pacientes que acudieron a las clínicas odontológicas fue elevada (95,8%). Los molares y premolares fueron los grupos dentarios más afectados, con mayor número de pacientes afectados en la arcada inferior; la cara vestibular fue la zona más comprometida y la Clase I de Miller, la más frecuente en ambas arcadas. Predominó el biotipo gingival grueso. El análisis exploratorio no mostró una asociación consistente entre el biotipo gingival y la zona de recesión; las asociaciones aisladas observadas en los segundos molares (27, 37 y 47) no son concluyentes y solo permiten plantear hipótesis para estudios posteriores.

Financiamiento: Esta investigación no recibió financiamiento específico de agencias públicas, comerciales ni sin fines de lucro; fue autofinanciada por los autores.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con este trabajo.

Disponibilidad de datos: Los datos que respaldan los hallazgos de este estudio no están disponibles públicamente por tratarse de información clínica de los participantes, protegida por razones éticas y de confidencialidad. Pueden solicitarse al autor de correspondencia, previa solicitud justificada, y su cesión estará sujeta a las condiciones éticas y normativas aplicables.

Declaración de responsabilidad: Las opiniones expresadas en este artículo son de exclusiva responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente la posición oficial de la Revista de Salud Pública del Paraguay, del Instituto Nacional de Salud ni del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la República del Paraguay.

Declaración de difusión previa y simultánea: Resultados preliminares de este estudio fueron presentados como póster en el Congreso Multidisciplinario de la Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción", Campus Alto Paraná, el 3 de octubre de 2024, sin publicación del resumen en memorias ni difusión digital. El manuscrito completo no fue publicado previamente ni depositado en servidores de preprints, y no fue sometido simultáneamente a otra revista durante su evaluación.

Declaración de uso de inteligencia artificial: Los autores utilizaron Claude (Anthropic) como apoyo para la traducción y verificación del resumen al inglés, y para la generación de código en Python destinado a la reestructuración de la base de datos. Los autores revisaron, verificaron y editaron todo el contenido generado o asistido por IA, y asumen plena responsabilidad por el contenido final.

Agradecimientos: Los autores agradecen a los profesores Dr. Javier Ayala, Dr. Luciano Arce y Dr. Gustavo Arce por su colaboración en la validación de la ficha clínica y por la orientación brindada a los estudiantes durante la recolección de datos.

Contribución de los autores: MBCG, WMCC, KMGA, MLM y EDOSC: Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Visualización, Redacción – borrador original. ERA: Conceptualización, Investigación, Metodología, Redacción – revisión y edición. ERMF: Curación de datos, Análisis formal, Metodología, Supervisión, Visualización, Redacción – revisión y edición. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración de revisión por pares: Este artículo fue evaluado mediante revisión por pares externa bajo la modalidad doble ciego.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [citado 13 dic 2025]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484

2. World Health Organization. Oral health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [citado 13 dic 2025]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health

3. Koppolu P, Al Arabi AA, Al Khayri MJ, Alfaraj FA, Alsafwani WM, Alhozaimi SF, et al. Correlation between gingival thickness and occurrence of gingival recession. J Pharm Bioallied Sci. 2023;15(Suppl 1):S495-S501. DOI: https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_585_22

4. García-Rubio A, Bujaldón-Daza AL, Rodríguez-Archilla A. Recesión gingival: diagnóstico y tratamiento. Av Periodon Implantol. 2015;27(1):19-24. DOI: https://doi.org/10.4321/S1699-65852015000100003

5. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. J Am Dent Assoc. 2003;134(2):220-5. DOI: https://doi.org/10.14219/jada.archive.2003.0137

6. Tello D, Flores C, Cañar G, Morocho Á. Métodos para determinar el biotipo periodontal: una revisión de la literatura. Rev Estomatol Herediana. 2021;31(4):289-94. DOI: https://doi.org/10.20453/reh.v31i4.4097

7. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. Int J Periodontics Restorative Dent. 1985;5(2):8-13. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3858267/

8. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (PY), Dirección General de Vigilancia de la Salud. Boletín de Vigilancia N° 5: enfermedades no transmisibles y factores de riesgo, 2023 [Internet]. Asunción: MSPBS; 2024 [citado 15 mar 2026]. Disponible en: https://dvent.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2024/05/Boletin-Enfermedades-No-Transmisibles-N5-2023-.pdf

9. Invernizzi-Mendoza CR, Cardozo-Vera RM, Chamorro-Giménez SA, Acosta-de Hetter ME. Frecuencia de enfermedades periodontales y características clínicas de pacientes atendidos en la Cátedra de Periodoncia de la Universidad Autónoma de Asunción. Mem Inst Investig Cienc Salud. 2024;22(1):e22122403. DOI: https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2024.e22122403

10. 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. DOI: https://doi.org/10.5867/medwave.2024.08.2784

11. Marini MG, Greghi SLA, Passanezi E, Sant'Ana ACP. Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. J Appl Oral Sci. 2004;12(3):250-5. DOI: https://doi.org/10.1590/S1678-77572004000300017

12. Chrysanthakopoulos NA. Aetiology and severity of gingival recession in an adult population sample in Greece. Dent Res J (Isfahan). 2011;8(2):64-70. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3177396/

13. Chrysanthakopoulos NA. Gingival recession: prevalence and risk indicators among young Greek adults. J Clin Exp Dent. 2014;6(3):e243-9. DOI: https://doi.org/10.4317/jced.51354

14. Löe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. J Periodontol. 1992;63(6):489-95. DOI: https://doi.org/10.1902/jop.1992.63.6.489

15. van Palenstein Helderman WH, Lembariti BS, van der Weijden GA, van 't Hof MA. Gingival recession and its association with calculus in subjects deprived of prophylactic dental care. J Clin Periodontol. 1998;25(2):106-11. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.1998.tb02416.x

16. Checchi L, Daprile G, Gatto MR, Pelliccioni GA. Gingival recession and toothbrushing in an Italian School of Dentistry: a pilot study. J Clin Periodontol. 1999;26(5):276-80. DOI: https://doi.org/10.1034/j.1600-051X.1999.260502.x

17. Çelik H, Güngörmek HS. Severity, extent, distribution and predisposing factors of gingival recession in Turkish patients: a cross-sectional study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2025;30(3):e401-e410. DOI: https://doi.org/10.4317/medoral.26956

18. Alegría Riquelme FF. Relación entre el biotipo periodontal y la recesión gingival en pacientes de la Clínica Dental Visident, Lima 2020 [tesis de grado en Internet]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2022 [citado 15 mar 2026]. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/items/c6e23913-634a-4a14-bf5c-cc7b3a0ab888

19. Amaro-Rivera Y, Alvarado-Negrón G, Manqui-Jara N. Prevalencia e indicadores de riesgo de recesiones gingivales en adolescentes de Valdivia en el año 2018. Int J Interdiscip Dent. 2020;13(1):21-5. DOI: https://doi.org/10.4067/S2452-55882020000100021

20. Patiño Zurita SJ. Relación entre biotipo periodontal y recesiones gingivales en pacientes de 30 a 50 años de edad atendidos en la Clínica Santa María Los Olivos - 2021 [tesis de grado en Internet]. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2021 [citado 15 mar 2026]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12990/11793

21. Chakraborty K, Shivanaikar SS, Jain D. Dimensions of periodontium (biotype versus phenotype): a literature review. RGUHS J Dent Sci. 2022;14(4). DOI: https://doi.org/10.26463/rjds.14_4_18

22. Lozano de la Cruz HJ, Vasquez Remigio JS. Asociación entre el biotipo periodontal y recesión gingival en pacientes adultos del Puesto de Salud CLAS "La Esperanza" - Huancayo, 2023 [tesis de grado en Internet]. Huancayo: Universidad Continental; 2023 [citado 15 mar 2026]. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/item/756706cd-fa43-47e6-bc27-3d478809c9cb

23. 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):661-6. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2011.01732.x