

Piercing y Condición de Higiene Bucal como Factores de Riesgo de Recesión Gingival

Claudia Monteverde¹, María Zuled Pérez²

¹Departamento Ciencias Morfofuncionales.

²Departamento de Salud Odontológica Comunitaria. Facultad de Odontología.
Universidad de Carabobo
claudiamon36@gmail.com

Recibido: 10/08/2007
Aceptado: 29/10/2008

Resumen

El propósito de esta investigación, fue relacionar la presencia de piercing bucal y la condición de higiene bucal como factores de riesgo de la recesión gingival, en adolescentes entre 12 y 17 años de edad, de la U. E. Simón Bolívar, Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Se trata de un estudio de campo, descriptivo, con diseño no experimental, transversal. La población estuvo constituida por 1600 alumnos y la muestra 94 estudiantes, de ambos sexos. Se usó la observación directa y se diseñó una ficha de recolección de datos. Para la medición de recesión gingival se utilizó sonda periodontal. La evaluación de la condición de higiene bucal a través del índice de higiene oral simplificado (I.H.O.S.) y el control de placa (Índice de O' Leary). Se realizaron estadísticos descriptivos y correlación de Spearman. La prevalencia de recesión gingival de la muestra fue 49%, 25% de los adolescentes usaba piercing bucal y 79,16% de éstos, presentaron recesión gingival. La mayor prevalencia del I.H.O.S fue aceptable; según el Índice de O' Leary, los adolescentes, estuvieron en el rango máximo de presencia de placa bacteriana. Hubo una correlación positiva significativa entre las variables estudiadas. Se concluye, que el uso de piercing bucal asociado a una higiene bucal inadecuada, aumenta la prevalencia de recesión gingival. Se recomienda educar a la población, principalmente a este grupo etario sobre los efectos adversos del uso de piercing bucal.

Palabras clave: Piercing bucal, Recesión gingival, Higiene bucal.

Summary: Piercing and oral hygiene condition as risk factors of Gingival recession

The purpose of this research, was to associate the presence of oral piercing and oral conditions as risk factors of the gingival recession in students between 12 and 17 years old, who attended the "Simon Bolivar" educative unit, in Naguanagua, Carabobo state. It is a field descriptive study, with non experimental and transversal design. The population was 1600 students and the sample 94, and included both genders. The gingival recession was measured with periodontal probe. The clinical examination was based in simplified oral hygiene index (OHI-S) and plaque control (O'Leary index). Descriptive statistics and Spearman correlation was applied. Gingival recession prevalence was 49%, 25% of the sample used oral piercing and 79,2% of them had gingival recession. More of them had an Satisfactory OHI-S; and according to O'Leary index, all of them presented maximal range of bacterial plaque. There was a significant positive correlation between the studied variables. The conclusion of this study is that the use of oral piercing associated to inadequate oral hygiene increases the gingival recession prevalence. Recommendations are to educate the population, mainly in people that are between 12 and 17 years old, about the adverse effects of using oral piercing.

Key words: oral piercing, gingival recession, oral hygiene.

Introducción

La recesión gingival se define como un hallazgo clínico, más que un diagnóstico, la cual se caracteriza por la exposición progresiva de la superficie radicular, ocasionada por la migración apical de la encía marginal (1).

También, se puede definir como la exposición de la superficie radicular a la cavidad oral, debido a la destrucción de los tejidos gingivales marginales y de la unión conectivo epitelial de uno o más miembros (2). De agravarse esta condición, puede conducir a la aparición de caries en las superficies radiculares, interferir en la estética y el bienestar del paciente.

Su etiología está determinada por una serie de factores predisponentes y desencadenantes. Los factores predisponentes pueden ser anatómicos y asociados a trauma oclusal. Los factores desencadenantes abarcan inflamación, cepillado traumático, laceración gingival, iatrogenia, márgenes subgingivales, diseño inadecuado de aparatología removible y movimientos ortodónticos no controlados (3).

Existen múltiples clasificaciones de recesión gingival. En los años 60, Sullivan y Atkins clasificaron la recesión gingival en cuatro categorías: Superficiales-estrechas, superficiales-anchas, profundas-estrechas y profundas-anchas (4).

Miller, la clasifica en cuatro tipos: Clase I, II, III y IV, dependiendo de su extensión, con respecto a la unión mucogingival, la pérdida de tejido óseo y blando y factores predisponentes asociados (4).

Por otra parte, Rueda plantea la existencia de dos tipos de recesión gingival: *Visible*, que se aprecia clínicamente y *Oculto*, que sólo es posible medirla insertando una sonda periodontal hasta el nivel de la adherencia epitelial (1).

Existen múltiples factores de riesgo que están vinculados al surgimiento de la recesión gingival, considerando que el factor de riesgo es una característica, aspecto de la conducta o una exposición medio-ambiental, la cual está asociada con una patología (5).

Los principales factores que contribuyen a la instauración de la recesión gingival son: hábitos

traumáticos de cepillado, malposición dentaria, características periodontales, movimientos ortodónticos descontrolados, restauraciones defectuosas, presencia de irritantes locales y hábitos bucales, entre otros (4). Sin embargo, para este estudio sólo se tomaron en cuenta el piercing bucal, en vista del gran incremento de su uso en los últimos años y la inadecuada higiene bucal, considerada unos de los factores de riesgo más importantes para la instauración de esta afección.

Los más recientes estudios epidemiológicos, confirman la relación existente entre la aparición de recesión gingival y factores de riesgo como la edad, el sexo, la raza, entre otros. Sin embargo, actualmente existen otros elementos dignos de estudio, que dependen de las tendencias socioculturales que día a día van evolucionando. Tal es el caso de la costumbre de ciertos grupos sociales de ornamentar sus cuerpos con perforaciones y alhajas que penden de sus tejidos.

Esta costumbre no es precisamente nueva, hay hallazgos alrededor del mundo que evidencian que dicha práctica data de varios siglos atrás. No obstante, en la cultura occidental, específicamente la moda del piercing, representa una explosión frenética en las últimas décadas, principalmente, en los adolescentes, los cuales con mayor frecuencia, se ven seducidos por la exótica costumbre, que según muchos es una forma de expresión.

En Venezuela, no se han reportado estudios epidemiológicos que evidencien la relación entre los factores antes mencionados y la recesión gingival, por lo que en esta investigación se planteó relacionar la presencia de piercing bucal y la condición de higiene bucal como factores de riesgo en la aparición de la recesión gingival en adolescentes entre 12 y 17 años de edad.

Materiales y Métodos

Se trata de un estudio de campo, descriptivo, con diseño no experimental transversal. La población estuvo representado por la totalidad de los estudiantes (n: 1600), entre 12 y 17 años de edad de la Unidad Educativa "Simón Bolívar", ubicada en el Municipio Naguanagua del Estado Carabobo.

La muestra quedó constituida por 94 adolescentes, de ambos sexos. Para los fines de estudio, se categorizaron en tres grupos etarios: *grupo 1*: 12 a 13 años de edad, *grupo 2*: 14 a 15 años de edad y *grupo 3*: 16 a 17 años de edad. Además, se evaluaron según la condición de higiene bucal y presencia o no de recesión gingival.

Se utilizó como técnica de recolección de datos la observación directa, que consistió en la realización de un examen clínico a los alumnos adolescentes, para lo cual se utilizó espejo y explorador bucales, así como la sonda periodontal de William, bajo la luz natural del día y revelador de placa bacteriana.

Evaluación de recesión gingival

Se consideró la presencia de recesión gingival, cuando el borde gingival y más específicamente la unión epitelial se encontraban por debajo de la unión amelocementaria; tomándose ésta como punto de referencia. La medición se realizó con una sonda periodontal y se clasificó en tres grupos, según criterios de los autores: leve (1 a 3mm), moderada (4 a 5mm) y grave (> a 5 mm).

Evaluación de condición de higiene bucal

Se utilizó como instrumento de recolección de los datos una ficha de registro, constituida por el índice de higiene oral simplificado (I.H.O.S.) y el control de placa (Índice de O' Leary), el cual se clasificó en cinco categorías (< 20%, 21-40%, 41-60%, 61-80%, 81-100%), que representa el acúmulo de placa bacteriana en la totalidad de las unidades dentarias del sujeto, expresado en valores porcentuales, siendo que los más bajos se consideran una buena higiene bucal (5).

Evaluación de prevalencia de recesión gingival y piercing bucal

Para ello se elaboró una ficha epidemiológica ad hoc, la cual fue validada

Análisis estadístico

Se realizó la prueba de Kolmogorof- Smirnov para verificar la distribución de la normalidad de las variables, estadísticos descriptivos, correlación de Spearman. El nivel de significancia estadística fue $p < 0,05$. Los datos fueron procesados y

analizados por el programa SPSS versión 10.0 para Windows.

Resultados

De la muestra total 53,2% pertenecían al sexo femenino y 46,8% al sexo masculino.

Según sexo, el 14,9% vs 10,6% era portador de piercing bucal y 27,6% vs 21,3% presentó recesión gingival en los varones y hembras respectivamente.

Al categorizar la muestra por grupo etario, 18,1% de los adolescentes pertenecían al grupo 1, 48,9% al grupo 2 y 33% al grupo 3. La mayor prevalencia de piercing bucal y recesión gingival (14,9% y 22,3% respectivamente) se encontró en el grupo de 14-15 años de edad, (datos no mostrados en tablas).

La prevalencia de piercing bucal en la muestra total fue 25,5% (Gráfico 1), mientras que la prevalencia de recesión gingival fue 48,9% (Gráfico 2).

Gráfico 1. Prevalencia del Piercing Bucal de la muestra

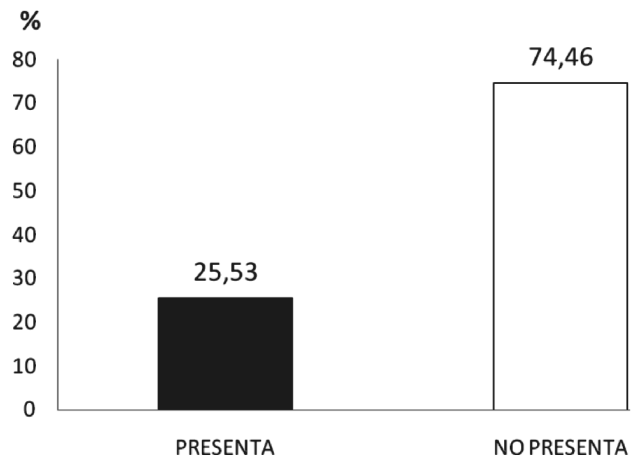
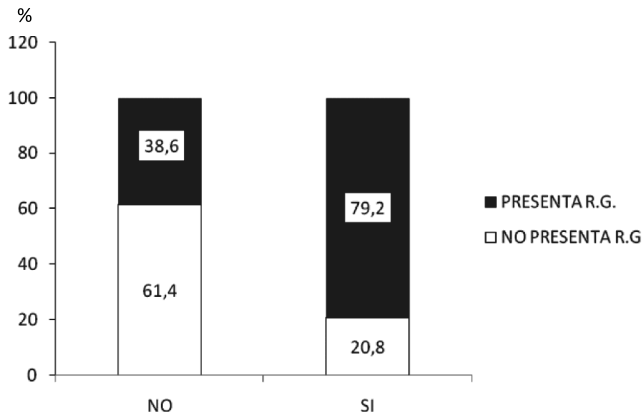
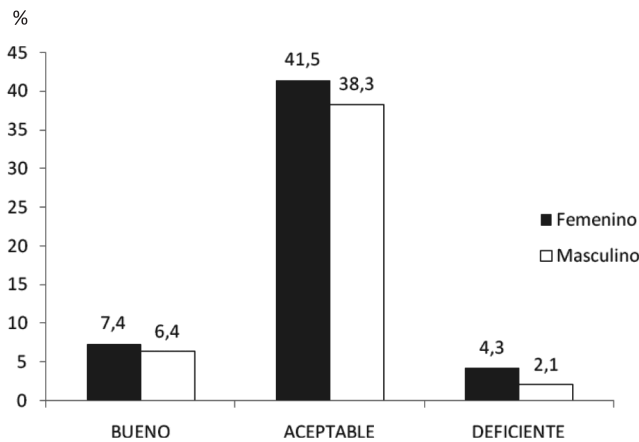


Gráfico 2. Prevalencia de Recesión Gingival y el uso de Piercing Bucal de la muestra



El gráfico 3 muestra la prevalencia de recesión gingival en los adolescentes portadores de piercing bucal, observándose que el 79,2% presentaron dicha afección.

Gráfico 3. Índice de Higiene Oral Simplificado (I.H.O.S.) de la muestra según sexo



Al distribuir el I.H.O.S y el Índice de O'Leary de la muestra según sexo se observa que la mayor prevalencia del I.H.O.S fue aceptable, siendo las hembras con valores superiores (Gráfico 4) y para el Índice de O'Leary se reporta que la mayoría de los adolescentes, estuvo en el rango máximo de presencia de placa bacteriana, observándose que el sexo femenino obtuvo mayor prevalencia que el masculino (Gráfico 5).

Gráfico 4. Índice de O'Leary de la muestra según sexo

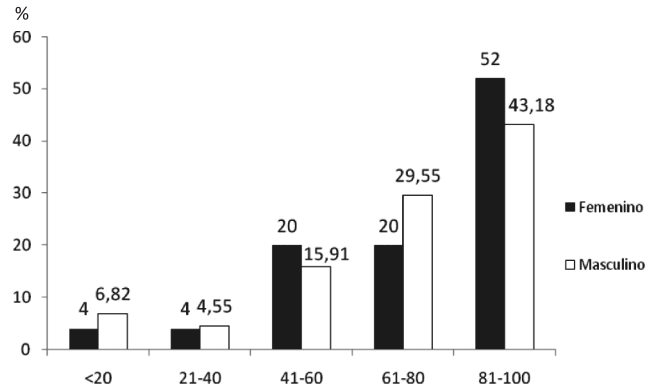
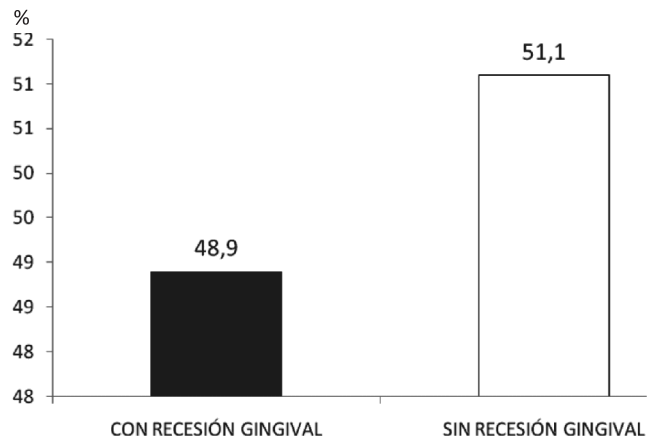


Gráfico 5. Prevalencia de Recesión Gingival en la muestra



La Tabla 1 muestra la distribución del Índice O'Leary y la presencia de recesión gingival se observa que los adolescentes que tenían recesión gingival, estaban en la categoría leve (n: 39), sin embargo, 20 de ellos presentaron el rango más deficiente del Índice O'Leary.

Hubo una correlación positiva y significativa entre las variables estudiadas (p: 0,01)

Discusión

Los resultados de la presente investigación, reflejan una alta prevalencia de recesión gingival en la población adolescente evaluada, similar a diversos estudios, que reportan que la recesión gingival, es una afección que presenta alta prevalencia a nivel mundial. Albandar y col (6), mostró que más del 50% de la población adulta de Estados Unidos padece de recesión gingival. De igual modo, los mismos autores en una investigación realizada en

Tabla 1. Presencia de Recesión Gingival e Índice O'Leary de la muestra

Recesión Gingival	n	Índice O'Leary				
		<20% n (%)	21-40% n (%)	41-60% n (%)	61-80% n (%)	81-100% n (%)
No presenta	48	4(8,3)	1 (2,1)	12 (25)	11 (22,9)	20 (4,2)
Leve	39	1 (2,6)	3 (7,7)	5 (12,8)	10 (25,6)	20 (51,3)
Moderada	6	0	0	0	2 (33,3)	4 (66,7)
Grave	1	0	0	0	0	1 (100)
Total	94	5 (5,3)	4 (4,3)	17 (18,1)	23 (24,5)	45 (47,9)

Brasil (7), encontraron que la mitad de la población entre 14 y 29 años presentó recesión gingival. La diferencia con la presente investigación es que se trata de un grupo de adolescentes, mientras que los estudios anteriores se realizaron en poblaciones adultas.

En Venezuela un estudio realizado por Bracho y col, en niños y adolescentes, evidenció 3% de prevalencia de recesión gingival, aunque sólo contempló los incisivos centrales inferiores (8), lo que contrasta con los resultados obtenidos en la presente investigación, en la cual la prevalencia de recesión gingival fue mayor (49%). Esto pudiera ser atribuido a la realización de un examen bucal más completo, considerando todas las unidades dentarias presentes en boca.

Agell y col también reporta un caso de adolescente venezolana, portadora de piercing durante dos años con recesión gingival (9).

Asimismo, existen investigaciones que evalúan la relación entre la recesión gingival y múltiples factores de riesgo, presentando una mayor prevalencia los vinculados con la higiene bucal, como el estudio de Albandar y col, en donde se determinó la recesión gingival y el cálculo dental en adultos mayores de 30 años de Estados Unidos. Resultados comparables con los de la presente investigación, en la cual se encontró una relación directa entre la higiene bucal y la presencia de recesión gingival.

En esta investigación se encontró que el uso de piercing bucal junto a una inadecuada higiene bucal, aumentan la prevalencia de recesión gingival. Se recomienda educar a la población, principalmente a este grupo etario sobre los efectos adversos del uso de piercing bucal.

Referencias

1. Rueda R. Regeneración Tisular Guiada en el Tratamiento de la Recesión Gingival. (tesis doctoral) Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela; 1999.
2. Santanelli G. Injerto de tejido conectivo empleando la técnica de tunelización: informe de un caso de recubrimiento radicular completo en el sector anterior de maxilar. Revista Internacional de Odontología Restauradora y Periodoncia. 2005; Vol 5.
3. Ferro M, Gómez M. Fundamentos de la Odontología: Periodoncia. Universidad Javeriana, Facultad de Odontología. Bogotá. 2000.
4. Newman M, Takei H, Carranza F. Periodontología Clínica. 9ª ed. México: Mc Graw – Hill; 2004.
5. Riobo R. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Madrid, España: Ediciones Avances Médico-Dentales; 2002.

6. Albandar J, Kingman A. Gingival Recession, Gingival Bleeding, and Dental Calculus in Adults 30 Years of Age and Older in the United States, 1988-1994. *J Periodont.* 1999; 70(1): 30-43
7. Albandar M, Susin C, Hass A, Opperman R y Haugejorden O. Gingival Recession: Epidemiology and Risk Indicators in a Representative Urban Brazilian Population. *J Periodont.* 2004; 75(10): 1377-1386.
8. Bracho R, Hernández N, Elejalde L, Zambrano O, Paz M, Contreras J. Recesión Gingival de Incisivos Inferiores en Adolescentes, su Asociación con Factores de Riesgo. *Acta Odontológica.* [serial online] 2003.[citado 20 Jul 2007]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/41_3_2003/Recesion_gingival_incisivos_inferiores.asp.
9. Agell A, Acosta J, Longobardi P, Sogbe R. Piercing Labial: factor etiológico de recesión Gingival. *Revista latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* [serial online] 2005.[citado 12 Jul 2007]. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/piercing_labial_recesion_gingival.asp.

