



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

IMPACTO DE LA CIRUGÍA MUCOGINGIVAL EN LA  
CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON RECESIONES  
GINGIVALES ATENDIDOS EN LA DEPeI, F.O. UNAM  
2017- 2018.

### **TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANA DENTISTA**

P R E S E N T A:

PAULINA FABIOLA HERNÁNDEZ SALAS

TUTORA: Mtra. ANA PATRICIA VARGAS CASILLAS

ASESORA: Dra. SOCORRO AÍDA BORGES YÁÑEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	5
II. ANTECEDENTES.....	7
2.1. Calidad de vida.....	7
2.2. Calidad de vida y su relación en odontología.....	8
2.3. Instrumento Perfil de impacto de salud oral en español (OHIP-EE-14 siglas en inglés).....	8
2.4. Recesión gingival.....	11
2.5. Cirugía mucogingival.....	15
2.6. Técnicas quirúrgicas.....	17
2.6.1. Colgajo desplazado lateral.....	17
2.6.2. Colgajo de avance coronal.....	19
2.6.3. Colgajo semilunar.....	22
2.6.4. Injerto de tejido conectivo subepitelial.....	23
2.6.5. Injerto de tejido conectivo desepitelizado.....	26
2.6.6. Injerto de tejido conectivo más técnica de túnel.....	27
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
IV. JUSTIFICACIÓN.....	30
V. OBJETIVO.....	31
5.1. Objetivo general.....	31
5.2. Objetivos específicos.....	31

---

VI. MATERIAL Y MÉTODO.....	32
6.1. Tipo de estudio.....	32
6.2. Población de estudio.....	32
6.3. Criterios de inclusión.....	32
6.4. Criterios de exclusión.....	32
6.5. Variables en estudio.....	33
6.5.1. Variables independientes.....	33
6.5.2. Variable dependiente.....	36
6.6. Aspectos éticos.....	36
6.7. Recursos.....	37
6.8. Método.....	37
VII. RESULTADOS.....	39
VIII. DISCUSIÓN .....	53
IX. CONCLUSIONES.....	56
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	62

---

Cómo demostrar mi agradecimiento en tan pocas palabras, es realmente imposible hacer honra a mis padres en tan poco espacio, si a ellos les debo todo lo que soy, si han dado su vida para cuidar la mía, solo queda mi incalculable agradecimiento por apoyarme en cada paso que doy, gracias por guiarme en cada etapa y momento. El poder culminar este trayecto tan satisfactoriamente, es gracias a ustedes, este logro es suyo. A mi madre, que con su delicadeza y bondad me ha enseñado los valores más humanos, como el brindar ayuda, tanta como sea posible. A mi padre, que con su fuerza y carácter incorruptible me ha guiado a ser una persona de metas y propósitos. Gracias a ambos por enseñarme de humildad y lealtad, gracias por su amor incondicional.

A mis hermanos Jazmín y Salvador, les agradezco todos los momentos juntos, tantas risas, historias, enfados, consuelos, pero, sobre todo gracias por su gran apoyo cuando lo necesité.

Quiero agradecer igualmente a una persona que fue de suma importancia durante estos años en la facultad, que gracias a su constante apoyo tanto académico, emocional y sentimental logramos terminar esta licenciatura de una manera más placentera. Gracias Irving, por crear momentos e historias atesorables y sentimientos incomparables.

Gracias a la Mtra. Ana Patricia Vargas, por ser una tutora excelente y dedicada. A la Dra. Aída Borges, un agradecimiento por su invaluable ayuda como asesora en este trabajo.

Por último, quiero agradecer a la máxima casa de estudios, mi amada universidad, por prestarme sus instalaciones durante los años en que curse la carrera de odontología, gracias por poder formarme en ella y brindarme los conocimientos y habilidades para lograr mis metas. Gracias UNAM.

Por mi raza hablará el espíritu.

---

## I. INTRODUCCIÓN

Para evaluar adecuadamente el resultado de un tratamiento, es de suma importancia medir el impacto que tendrá en la calidad de vida, se tiende a prestar más atención en los resultados obtenidos por el profesional que los resultados esperados por el paciente. El uso de instrumentos para evaluar la calidad de vida en los tratamientos odontológicos ha sido una práctica poco común y aun en menor medida en los tratamientos de cirugía mucogingival, tomando en cuenta que hasta la fecha no existen resultados del impacto que tendrán dichos tratamientos en las funciones físicas, psicológicas y sociales, así como el bienestar general de los pacientes y cómo perciben ellos los resultados finales.

Las herramientas que evalúan la calidad de vida se han convertido en ayudas invaluable para medir la percepción del paciente de los resultados del tratamiento y su impacto en la calidad de vida. El instrumento OHIP-EE-14 es una encuesta individual desarrollada para medir el impacto de los trastornos bucales en la calidad de vida de los pacientes, midiendo la frecuencia con que una persona experimenta dificultades para realizar determinadas actividades de la vida cotidiana debido a la condición bucal.

En este estudio se podrán observar resultados centrados en el paciente y el efecto que tienen los resultados de la cirugía mucogingival para la cobertura de recesiones gingivales en la calidad de vida de los pacientes, a partir de los datos obtenidos por la encuesta OHIP-EE-14 antes de realizar la cirugía y utilizando la misma encuesta dos meses después.

Las principales indicaciones para la cobertura de recesiones gingivales son obtener una mejora en la estética y la eliminación de la hipersensibilidad dentinaria, tomando en cuenta estos factores los resultados esperados

---

deberían ser centrados en las demandas del paciente, sin embargo, no se tiene estudios en los que se demuestre que estos objetivos fueron cumplidos ni cómo es que han afectado la calidad de vida.

La cirugía mucogingival para la cobertura de recesiones gingivales abarca diversas técnicas, para las cuales existen estudios que informan el grado de cobertura radicular esperada. Tomando en cuenta que existen múltiples factores para la toma de decisión del método a utilizar como por ejemplo la edad, sexo, así como enfermedades sistémicas y hábitos, el cirujano dentista realiza el procedimiento más adecuado, obteniendo resultados predecibles de la cobertura de recesión gingival, pero sin conocer aún cómo es que el paciente percibe el resultado final del tratamiento y cómo afectará la cirugía en su calidad de vida, siendo este último el objetivo principal de este estudio.

---

## II. ANTECEDENTES

### 2.1. Calidad de vida

El término “calidad de vida” se ha descrito desde diferentes perspectivas por parte de los clínicos, considerándose como un término muy subjetivo. Existe una falta de consenso en cuanto a su definición y la forma de medirla, además de la dificultad para establecer valores que la determinen. En sus inicios se relacionó con el estado de salud de las personas, pero con el paso del tiempo se ha replanteado según la forma como cada persona percibe y reacciona con respecto a su estado de salud y otros aspectos no médicos de su vida, se considera como un concepto con un significado a nivel personal únicamente<sup>1</sup>.

En 1996 la Organización Mundial de la Salud define calidad de vida como “la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y valores en los que viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.” Presenta esta definición como una evaluación subjetiva embebida en un contexto cultural, social y del medio ambiente, más que la intervención de los efectos de la enfermedad y de la salud en la calidad de vida<sup>2</sup>.

En el 2003 la revista latinoamericana de psicología publica una definición de calidad de vida integradora, incluyendo los aspectos objetivos y subjetivos que se deben tener en cuenta, dando la siguiente definición: Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social.



---

Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social, con la comunidad, y la salud objetivamente percibida<sup>3</sup>.

## 2.2. Calidad de vida y su relación en odontología

La salud bucodental y su cuidado se han reconocido como un factor importante en relación con la calidad de vida. Se ha definido salud bucal relacionada con calidad de vida como una construcción multidimensional que se ve reflejada en la comodidad de las personas al momento de comer, dormir y durante la interacción, así como la autoestima, y su satisfacción con respecto a su salud bucal<sup>4</sup>.

## 2.3. Instrumento Perfil de impacto de salud oral en español (OHIP- EE-14 siglas en inglés)

Los instrumentos que se han desarrollado para evaluar la calidad de vida en relación a la salud oral, buscan medir los efectos de las enfermedades bucales, así como los resultados de los tratamientos, desde la perspectiva y percepción del paciente. Existen numerosos instrumentos debido a una amplia variedad de condiciones, contextos y propósitos a evaluar, pero todos se enfocan en los aspectos funcionales y psicológicos ocasionados por las enfermedades bucales<sup>5</sup>.

---

La tabla 1 muestra los instrumentos desarrollados para evaluar la calidad de vida en odontología.

Impactos sociales de la enfermedad dental (Social Impacts of Dental Disease).
Índice general geriátrico de evaluación de la salud bucal (GOHAI siglas en ingles).
Perfil de impacto dental (DIP siglas en inglés).
Indicadores subjetivos del estado de salud oral (SOHSI siglas en inglés).
Impacto dental en la vida diaria (DIDLS siglas en inglés).
Calidad de vida de salud oral (OHQoL-UK siglas en inglés).
Cuestionario sobre la calidad de vida de la salud oral infantil (COHQoL siglas en inglés).
Cuestionario sobre la calidad de vida de la salud oral infantil (COHQoL siglas en inglés).
Cuestionario de QOL ortognática.
Cuestionario de resultado de ortodoncia quirúrgica (SOOQ siglas en inglés).
Perfil de impacto de salud oral (OHIP siglas en inglés).

Tabla 1 Instrumentos para evaluar la calidad de vida en odontología fuente directa.

---

El perfil de impacto de la salud oral (OHIP siglas en inglés) es un instrumento fiable y válido para la medición detallada del impacto social de las enfermedades bucales.

Tiene como objetivo medir el efecto negativo de los trastornos bucodentales en la calidad de vida de los pacientes, fue desarrollado por Slade y Spencer en Australia en 1994<sup>6</sup>. Representa una medición de la auto-percepción de la salud oral, mide la frecuencia con que una persona experimenta dificultades para realizar determinadas actividades de la vida cotidiana debido a la condición oral. La versión completa consiste en 49 preguntas, derivados de 535 declaraciones obtenidas en entrevistas con 64 pacientes, de las cuales se obtuvieron siete dimensiones que corresponden a limitación funcional, dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad<sup>6</sup>. Esta versión de 49 preguntas presentaba limitaciones para su uso en las investigaciones de los servicios de salud, debido a su extensión; es por esto que Slade en 1997 validó una forma resumida y fácil de usar, con 14 preguntas (OHIP-14), conformado, al igual que el anterior, por siete dimensiones, cada una con dos preguntas<sup>7</sup>.

Las respuestas se cuantifican con una escala tipo Likert<sup>7</sup>, codificada con valores que van de 0 a 4, donde el 4= "casi siempre", 3= "frecuentemente", 2= "algunas veces", 1= "casi nunca" y 0:= "nunca"

El perfil de impacto de la salud oral (OHIP) se ha traducido y validado en varios países, ya que debe adaptarse a las culturas donde se desea aplicar, a fin de demostrar que sus resultados son válidos en esa población. En 2010, Castrejón y cols., validaron el instrumento para México: Perfil de impacto de salud oral (OHIP-Mx-49) por sus siglas en inglés, en adultos mayores mexicanos<sup>8</sup>. Y en el año 2012, publican la validación de Perfil de impacto de

---

salud oral OHIP-EE-14, una versión corta en español del OHIP. Las variables clínicas que incluyeron fueron: número de dientes, presencia de caries coronal, caries radicular, placa bacteriana, uso de prótesis removible y la auto percepción de necesidad de tratamiento dental. Concluyeron que el OHIP-EE-14 es una herramienta útil para valorar calidad de vida en la población mexicana<sup>9</sup>.

#### 2.4. Recesión gingival

Se considera a la recesión gingival como la migración del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte dejando expuesta la superficie radicular<sup>10</sup>. Con frecuencia el paciente que la presenta padece hipersensibilidad dentinaria o una estética desfavorable. La recesión gingival puede presentarse en forma localizada o generalizada, por lo general afecta un solo sitio del diente, pero pueden estar involucradas más superficies dentales<sup>11</sup>.

Su prevalencia es alta, los estudios han demostrado una prevalencia del 58% de 1 mm o más de recesión gingival en personas mayores de los 30 años y va aumentando con la edad. Es más frecuente en hombres que en mujeres de la misma edad. La recesión gingival también es más prevalente y severa en las superficies vestibulares que en interproximales de los dientes. Los factores etiológicos de la recesión gingival están asociados a trauma y enfermedad periodontal. El trauma a los tejidos periodontales se presenta por una mala técnica de cepillado (excesivo, duro) o por el uso de cepillos dentales con cerdas duras<sup>12</sup>.

Miller en 1985 determinó la siguiente categorización de las recesiones gingivales con base en la evaluación de los tejido duros y blandos.

---

**Clase I:** recesión de tejido marginal que no se extiende hasta la línea mucogingival, no hay pérdida ósea ni de tejido blando interproximal (figura 1)<sup>13</sup>.



Figura 1 Recesión gingival clase I, según Miller.

**Clase II:** recesión de tejido marginal que se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival; no existe pérdida ósea ni de tejido blando interproximal (figura 2)<sup>13</sup>.



Figura 2 Recesión gingival clase II, según Miller.

**Clase III:** recesión de tejido marginal gingival que se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival. La pérdida ósea o de tejido interproximal está apical respecto a la unión cemento esmalte, pero coronal respecto al nivel apical de la recesión (figura 3)<sup>13</sup>.



Figura 3 Recesión gingival clase III, según Miller.

**Clase IV:** es una recesión de tejido marginal que se extiende más allá de la línea mucogingival. La pérdida ósea y de tejido blando interproximal llegan al mismo nivel apical de la recesión (figura 4)<sup>13</sup>.



Figura 4 Recesión gingival clase IV, según Miller.

Actualmente una clasificación de recesión gingival basada en la medida de inserción clínica interproximal ha sido propuesta por Cairo. Esta clasificación supera algunas limitaciones de la Clasificación de Miller, como la difícil identificación entre clase I y II, y el uso de "pérdida de hueso o tejido blando" como referencia interdental para diagnosticar una destrucción periodontal en el área interdental, la clasificación de Miller se propuso cuando las técnicas de cobertura de raíz estaban iniciando y el pronóstico de la cobertura de raíz potencial en la clase III de Miller ya no coincide con los resultados del tratamiento de las técnicas quirúrgicas más avanzadas<sup>14</sup>.

---

**Recesión tipo 1 (RT1):** Recesión gingival sin pérdida de inserción interproximal. La unión cemento esmalte (UCE) interproximal no es clínicamente detectable en las caras mesial y distal del diente (figura 5)<sup>15</sup>.

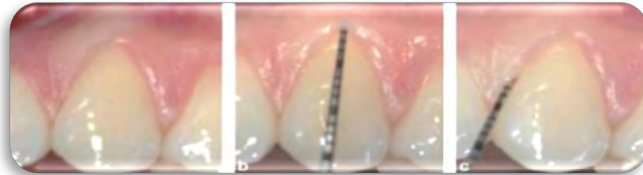


Figura 5 Recesión gingival tipo 1 (RT1), según Cairo.

**Recesión tipo 2 (RT2):** recesión gingival asociada a pérdida de inserción interproximal. La cantidad de pérdida de inserción interproximal (medida desde el UCE interproximal hasta la profundidad del surco / bolsa interproximal) es menor o igual que la pérdida de inserción bucal (medida desde el UCE bucal hasta el extremo apical del surco / bolsa bucal) (figura 6)<sup>15</sup>.



Figura 6 Recesión gingival tipo 2 (RT2), según Cairo.

---

**Recesión tipo 3 (RT3):** Recesión gingival asociada con pérdida de inserción interproximal. La cantidad de pérdida de inserción interproximal (medida desde el UCE interproximal hasta el extremo apical del surco / bolsa) es mayor que la pérdida de inserción bucal (medida desde el UCE bucal hasta el extremo apical del surco / bolsa bucal) (figura 7)<sup>15</sup>.



Figura 7 Recesión gingival tipo 2 (RT2), según Cairo.

## 2.5. Cirugía mucogingival

La cirugía mucogingival abarca los procedimientos quirúrgicos diseñados para corregir defectos en la morfología, posición y / o cantidad de encía que rodea los dientes. En 1993, Miller propuso usar el término cirugía plástica periodontal. Consideró que el nombre era más apropiado debido a que la cirugía mucogingival va más allá del tratamiento tradicional de los problemas asociados con la encía y los defectos del tipo de recesión, incluye la corrección de los defectos en el hueso subyacente, restaurando de esta manera la anatomía, estética y la función, lo que ayuda a mantener la dentición y sus reemplazos en salud<sup>10</sup>. La cirugía plástica periodontal en la actualidad se define como procedimientos quirúrgicos realizados para prevenir o corregir defectos anatómicos, de desarrollo, traumáticos o inducidos por enfermedad de la placa bacteriana en la encía, mucosa alveolar o el hueso<sup>16</sup>.



---

Los procedimientos quirúrgicos deben realizarse en tejidos libres de placa bacteriana y de inflamación. Es decir, el paciente debe presentar índice de placa y de sangrado menor del 20%.

El tratamiento de la recesión gingival tiene como principal objetivo lograr una cobertura radicular completa, mediante abordajes quirúrgicos predecibles, que satisfagan las demandas estéticas del paciente, así como la eliminación de la hipersensibilidad radicular, la caries radicular y la modificación de la topografía de tejido blando marginal<sup>10</sup>.

Los criterios de éxito más utilizados se refieren a la ganancia de cobertura con tejido blando, medido del margen gingival a la línea mucogingival en la parte media bucal de la recesión gingival (medida en milímetros o porcentaje), la ganancia en el nivel de inserción y de tejido queratinizado<sup>17</sup>.

Los procedimientos quirúrgicos de la cirugía mucogingival para la cobertura de recesiones gingivales incluyen a los colgajos pediculados o desplazados (lateral, coronal, semilunar), injertos gingivales libres, injertos de tejido conectivo subepitelial, injertos de tejido conectivo y el uso de alo o xenoinjertos dérmicos acelulares<sup>18</sup>.

Debido a las múltiples técnicas existentes, en el año 2011, Leong y Wang describieron un árbol de decisiones, para realizar una elección de la cirugía para la cobertura de recesiones, con una técnica más predecible y apropiada para cada caso y situación clínica, tomando en consideración diversos factores influyentes, como son: identificar y remover la etiología del problema, establecer el propósito del tratamiento, y determinar el potencial de cobertura radicular examinando el nivel del hueso interproximal adyacente y el grosor del tejido suprayacente. Adoptando este proceso de decisión, el tratamiento se

---

vuelve predecible y disminuye las complicaciones innecesarias y se reducen los fracasos<sup>19</sup>.

Posteriormente en el año 2012, Cortellini y Pini Prato realizan diversos árboles de decisión para la toma de decisiones en cirugía de cobertura de recesiones gingivales, indicando que un punto de partida razonable es establecer los posibles y predecibles resultados de la terapia. La cobertura de raíz completa es la que se utiliza principalmente, junto con la reducción de la recesión, estos árboles de decisiones ayudan a no olvidar factores como la cantidad de tejido queratinizado, costo beneficio financiero, costo beneficio de acuerdo al aumento de la morbilidad y el tiempo quirúrgico, la hipersensibilidad dentinaria y la estética. Así como los factores relacionados al paciente como son edad, genero, raza e higiene oral, y factores relacionados a los dientes afectados como abrasión, posición, vitalidad, si es maxilar o mandibular y detección de la unión cemento esmalte<sup>20</sup>.

## 2.6. Técnicas quirúrgicas

Algunas de las técnicas en las que se ha demostrado un mejor resultado en la cobertura radicular se mencionan a continuación.

### 2.6.1. Colgajo desplazado lateral

El colgajo desplazado lateral es un método para cubrir una recesión gingival aislada. El procedimiento consiste en el levantamiento de un colgajo de espesor total en un diente próximo al defecto y, después, desplazarlo lateralmente para cubrir la recesión.

---

Presenta un postoperatorio menos complicado, ya que no se requiere de otro sitio quirúrgico y debido a que conserva su vascularidad, presenta una alta predictibilidad en la cobertura radicular. (96% en promedio de cobertura y 80% de cobertura completa<sup>21</sup>).

Técnica: Preparación del sitio receptor, una vez anestesiado el sitio con infiltración local, se realiza sobre la superficie radicular expuesta un alisado radicular procurando dejar una superficie plana. En el lado seleccionado se desepiteliza un área en forma triangular, dejando expuesto tejido conectivo. El área habrá de delimitarse por una incisión horizontal superficial, una incisión vertical convergente a la recesión y una tercera incisión a bisel interno a lo largo del margen gingival de la recesión<sup>21</sup>.

Sitio donador, se realizan tres incisiones para el levantamiento del colgajo: una horizontal submarginal, una vertical divergente llegando hasta la mucosa alveolar y una pequeña incisión oblicua en retroceso en la parte más apical para poder desplazar el colgajo sin tensión. Se levanta un colgajo de espesor parcial dentro del área delineada por estas incisiones de manera que quede una capa de tejido conectivo subyacente cubriendo el hueso en esta área. Se desplaza el colgajo lateralmente hacia el lecho receptor adaptándolo a dos mm por arriba de la unión cemento esmalte.

Se colocan suturas interrumpidas asegurando una estrecha adaptación del colgajo sobre la superficie radicular. Se coloca apósito quirúrgico periodontal para proteger la zona descubierta dejada por el desplazamiento del colgajo. El apósito quirúrgico y las suturas se retiran en un lapso de siete a diez días<sup>21</sup>.

Figura 8.

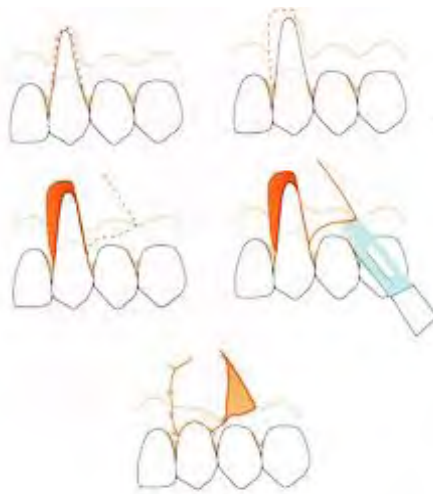


Figura 8 Técnica de colgajo rotado. Los dibujos esquemáticos muestran la técnica quirúrgica para utilizar los injertos pediculados rotados para cubrir recesiones localizadas (véase la explicación en el texto). Colgajo desplazado lateral<sup>18</sup>.

### 2.6.2. Colgajo de avance coronal

El colgajo de avance coronal es la técnica de primera elección para la cobertura radicular cuando existe un adecuado tejido queratinizado apical a la recesión, con óptimos resultados de cobertura y buen empalme de color en el sitio tratado y un restablecimiento de la morfología original de los tejidos gingivales marginales.

Las ventajas de esta técnica son la buena cobertura radicular con buena apariencia estética, la baja morbilidad y su efectividad en el tratamiento de las recesiones gingivales aisladas o múltiples contiguas. Se han reportado ganancias de cobertura de 80.9% y de cobertura completa del 50%<sup>22</sup>. Sus desventajas incluyen el desplazamiento coronal en la línea mucogingival, así

---

como la presencia de frenillos adicionales cercanos a la zona tratada. Además, con esta técnica no se obtiene encía queratinizada<sup>10</sup>.

Colgajo de avance coronal con incisiones liberatrices, constituye la técnica de elección para el tratamiento de recesiones aisladas.

Una vez anestesiada el área con infiltración local, se realiza el raspado y alisado de la superficie radicular expuesta. El diseño del colgajo triangular incluye incisiones oblicuas a cada extremo de la recesión y extendiéndose hasta la mucosa alveolar. Se realiza una incisión intrasurcal dirigida hacia la cresta ósea alrededor de la recesión gingival, seguida por el levantamiento de un colgajo de espesor total hasta la línea mucogingival, continuándose con un colgajo de espesor parcial. La disección horizontal fina en el periostio permite el desplazamiento del colgajo y lo libera de tensión, lo cual favorece el porcentaje de cobertura radicular. Se remueve el epitelio de las papilas adyacentes a la recesión y el colgajo se coloca coronalmente 1-2 mm por arriba de la unión cemento esmalte, estabilizándolo con suturas interproximales interrumpidas ápico-coronales para cerrar las incisiones verticales<sup>10</sup>.

En el colgajo trapezoidal se realizan incisiones parciales en las bases de las papilas conectándose con incisiones intrasurcales alrededor de las recesiones gingivales. A cada extremo se realizan dos incisiones verticales divergentes llegando más allá de la línea mucogingival. Se realiza el levantamiento del colgajo y su liberación del periostio de la misma manera que se explicó anteriormente<sup>23</sup>. Esta técnica dio como resultado un porcentaje medio muy alto (99%) y una cobertura de raíz completa (88%) a un año<sup>24</sup>. Figura 9.



Figura 9 Colgajo de avance coronal. Dibujos esquemáticos que ilustran la técnica quirúrgica en la utilización de un colgajo pediculado de avance coronario para cubrir recesiones localizadas (véase la explicación en el texto)<sup>18</sup>.

Colgajo de avance coronal en sobre, en esta técnica se realiza un colgajo en forma de sobre para evitar las incisiones liberatrices, mejorando el aporte sanguíneo y reduciendo la presencia de marcas ocasionadas por las incisiones verticales<sup>10</sup>. Esta técnica presenta una un alto porcentaje de cobertura en promedio (97.27%) y de cobertura total (89.35%)<sup>25</sup>.

Una vez anestesiada el área con infiltración local, las superficies radiculares se han alisado completamente, en las papilas interproximales se realizan incisiones oblicuas sobre las áreas interdetales de manera que las papilas creadas quirúrgicamente en la posición mesial del campo quirúrgico, cuando sean suturadas se desplacen en dirección apical y distal, mientras que las papilas del colgajo distal a la línea media se desplacen hacia una posición mesial y apical. Se diseña un colgajo en sobre, lo suficientemente amplio para incluir todas las recesiones gingivales, por lo que se requiere abarcar un diente extra mesial y un diente extra distal para facilitar la reubicación coronaria del colgajo.

---

Se levanta un colgado de espesor parcial comenzando en las incisiones interproximales oblicuas, de espesor total, apical al nivel de fondo de la recesión para suministrar el máximo espesor de tejido blando al colgajo y, posteriormente, un colgajo de espesor parcial más allá de la línea mucogingival. En la parte más apical del colgajo se incide el periostio, para eliminar toda tensión muscular. El colgajo movilizado debe sobrepasar pasivamente la unión cemento-esmalte de cada uno de los dientes del campo quirúrgico. Se realiza una sutura suspensoria horizontal, a fin de reducir la tensión en los bordes marginales del colgajo<sup>23</sup>.

### 2.6.3. Colgajo semilunar

Técnica de avance coronal indicada para pequeñas recesiones logrando la cobertura radicular completa. Las ventajas de esta técnica son que, al no abarcar las papilas adyacentes, conserva un adecuado aporte sanguíneo, no disminuye el fondo del vestíbulo, ni existe desplazamiento de la línea mucogingival, y se obtiene ganancia de la encía insertada<sup>26</sup>.

Técnica: Una vez anestesiada el área con infiltración local, se debe aislar la superficie radicular expuesta. Se realiza una incisión semilunar continua a nivel o próxima a la línea mucogingival, llegando a dos mm de las bases de las papilas a cada lado del diente. Se realiza una incisión intrasurcal alrededor de la recesión, extendiéndose apicalmente hasta alcanzar la incisión semilunar, se efectúa una disección de espesor parcial por debajo de la marca creada por la incisión semilunar hasta el surco gingival. El pedículo se desplaza coronalmente a la unión cemento esmalte adosándolo sobre la superficie radicular.

---

Se mantiene en esa posición presionando por algunos minutos con una gasa humedecida. Esta acción permite la estabilización del tejido reposicionado mientras se forma un coágulo uniforme y delgado<sup>26</sup>. Figura 10.

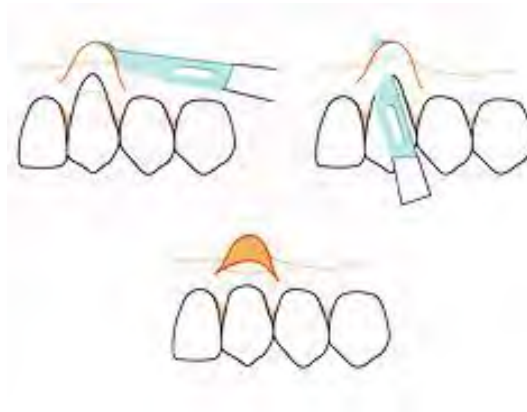


Figura 10 Colgajo semilunar reubicado en posición coronaria. Dibujos esquemáticos que ilustran la técnica quirúrgica utilizada en el desplazamiento del colgajo pediculado hacia la zona coronal para cubrir recesiones localizadas (véase la explicación en el texto)<sup>18</sup>.

#### 2.6.4. Injerto de tejido conectivo subepitelial

El injerto de tejido conectivo subepitelial se define como la “traslación de tejido conectivo subepitelial desde una zona donadora (paladar) hasta el área receptora cubriéndolo con un colgajo de avance coronal”. Por su alta prevalencia de cobertura radicular para el tratamiento de la recesión gingival aislada como múltiples y sus excelentes resultados estéticos se le considera el estándar de oro. Las ventajas de esta técnica son su doble abastecimiento sanguíneo al injerto, y al cicatrizar el color es similar a los tejidos circunvecinos.



---

Produce una alta cobertura radicular en promedio que va del 96% al 64.4% y del 97% a 26.6 % de cobertura completa<sup>27</sup>. Sus desventajas son que la apariencia estética del área tratada no es satisfactoria debido al grosor excesivo producido por el tejido injertado, requiriendo de una gingivectomia adicional<sup>28</sup>.

Técnica: Preparación del sitio receptor, bajo anestesia local las superficies radiculares expuestas se raspan y alisan dejándolas planas si son demasiado convexas y se desepitelizan las papilas. Se levanta un colgajo de avance coronal, como se describió anteriormente, ya sea un trapecoidal, con incisiones verticales liberatrices o en forma de sobre. Una vez levantado y liberado, el colgajo, se crea una plantilla con las dimensiones del sitio receptor<sup>29</sup>.

Zona donadora, se coloca una plantilla en el paladar a unos 4.5mm del margen gingival de los premolares y el primer molar. Se realiza una primera incisión horizontal perpendicular a la superficie ósea subyacente siguiendo la plantilla. Existen dos maneras de tomar el injerto de tejido conectivo<sup>29</sup>.

Contrapuerta, se realizan incisiones verticales a ambos extremos de la incisión horizontal y se levanta un colgajo de espesor parcial a manera de contrapuerta. Estas incisiones permiten una buena visibilidad y un acceso viable facilitando la extracción del injerto, pero con mayor riesgo de necrosis del colgajo palatino. Para liberar del hueso el injerto se utiliza un elevador de periostio pequeño. Se reposiciona la contrapuerta del paladar y se ejerce presión con una gasa por varios minutos para favorecer la hemostasia. Se sutura la contrapuerta con puntos suspensorios en cruz<sup>29</sup>. Figura11.

---

Incisión horizontal, se realiza una incisión horizontal profunda hasta el hueso; con una inclinación de aproximadamente de 135° del bisturí, respecto al eje del diente. Se realiza una disección de 1.5mm hacia la línea media. Posteriormente, se traza con un bisturí todo el perímetro del injerto que se despegara con un periostómo. Se consigue un tejido sin margen epitelial y, por tanto, un cierre primario del paladar. Se sutura la incisión horizontal con sutura en cruz<sup>29</sup>.

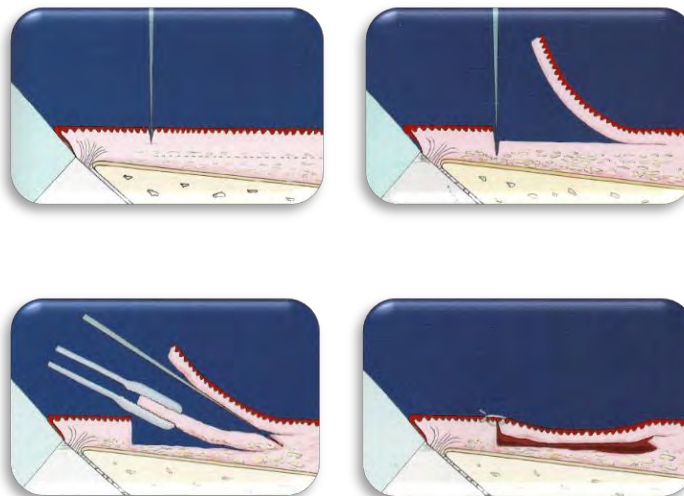


Figura 11 Dibujos esquemáticos que ilustran la técnica quirúrgica de la zona donadora. Sitio donador, toma de injerto de tejido conectivo subepitelial (véase la explicación en el texto)<sup>23</sup>.

Colocación del injerto en el sitio receptor, antes de colocar el injerto en la zona receptora se remueve todo el tejido adiposo y cualquier irregularidad. Se coloca el injerto dentro del colgajo a nivel de la unión cemento esmalte adaptándolo sobre las superficies radiculares expuestas y áreas interproximales.

---

Se sutura el injerto en las papilas desepitelizadas con puntos aislados o continuos. Una vez suturado el injerto, el colgajo se posiciona y se sutura coronalmente, a dos mm por arriba de la unión cemento esmalte, cubriendo al injerto, sin causar por ello una excesiva tensión en el colgajo<sup>29</sup>. Figura 12



Figura 12 Dibujos esquemáticos que ilustran la técnica quirúrgica del sitio receptor (véase la explicación en el texto)<sup>18</sup>.

### 2.6.5. Injerto de tejido conectivo desepitelizado

Esta técnica pretende cubrir la recesión radicular y aumentar la encía queratinizada, aprovechando la capacidad de vascularización tanto del colgajo como del periostio, la técnica de esta cirugía se realiza como la antes mencionada de injerto de tejido subepitelial, a diferencia únicamente de tomar el injerto palatino en bloque y desepitelizarlo extrabucalmente<sup>30</sup>. Figura 13.

En un estudio realizado por Zucchelli & Mounssif, se compara el injerto de tejido conectivo subepitelial con el injerto desepitelizado observándose a un año después del tratamiento que, el 92% de los defectos gingivales de control y el 97% de las recesiones gingivales de prueba se cubrieron con el tejido

---

blando. Además, se logró una cobertura de raíz completa en el 70% de los controles y en el 85% de los sujetos de prueba<sup>30</sup>.

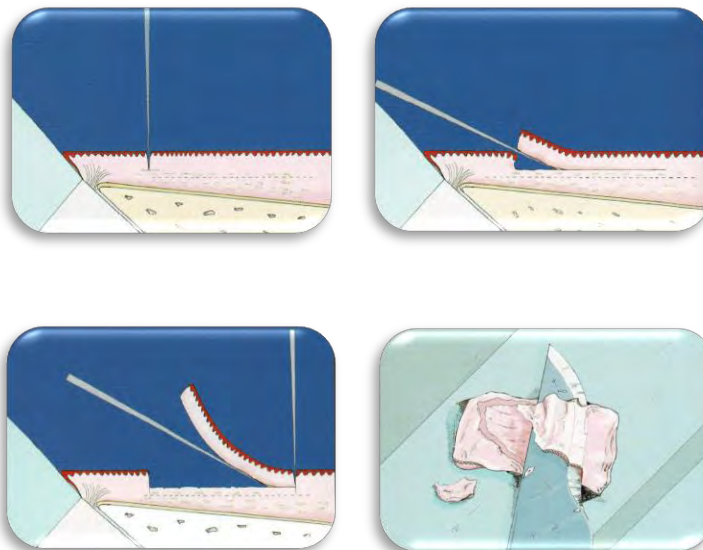


Figura 13 Dibujos esquemáticos que ilustran la técnica quirúrgica de la zona donadora. Sitio donador, toma de injerto de tejido conectivo (véase la explicación en el texto)<sup>23</sup>.

#### 2.6.6. Injerto de tejido conectivo más técnica de túnel

Las ventajas de este procedimiento serían el mínimo traumatismo del lecho, el aumento de la nutrición que proviene de las papilas y de las zonas laterales, la integridad de las papilas y la consecuente mejora de la estética final<sup>31</sup>. A los 12 meses, esta técnica dio como resultado mejoras en la cobertura completa de la raíz (85%), cobertura media de la raíz (90%)<sup>27</sup>.

---

Técnica: Posteriormente a la infiltración local del anestésico, se realizarán incisiones intrasulculares a bisel interno, se disecciona un colgajo de espesor parcial que creará una bolsa suprapariosteal; ésta se extiende en sentido apical más allá de la línea mucogingival, y en sentido lateral un mínimo entre 3 a 5 mm respecto a las recesiones extremas. No se deben despegar los vértices de las papilas. El autor señala que, en casos de periodontos muy finos y friables con riesgo de necrosis, el colgajo diseccionado puede ser de espesor total. Se realiza el raspado y alisado radicular, dejando el sitio receptor preparado para el injerto<sup>31</sup>. El injerto de tejido conectivo debe ser 1 o 2 mm más corto que la longitud del lecho receptor y de un grosor mínimo de 1,5mm. Mediante un punto en colchonero en el tejido donante, éste es introducido a través de las papilas y de los tejidos interproximales a manera de túnel. Cuando el injerto alcanza el extremo opuesto se fija con un punto colchonero. Se realiza otro punto colchonero en el extremo opuesto y los espacios interproximales se suturan con puntos simples<sup>31</sup>. Figura 14.

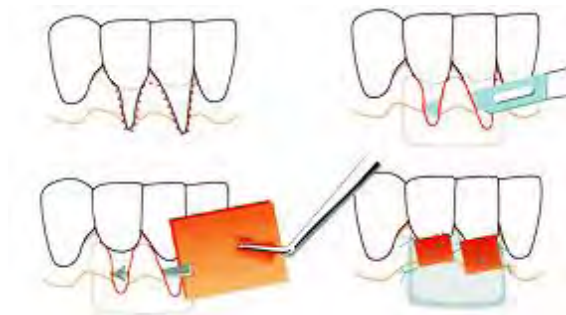


Figura 14 Injerto de tejido conectivo más técnica de túnel. Dibujos esquemáticos que ilustran la técnica quirúrgica (véase la explicación en el texto)<sup>18</sup>.

---

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los pacientes que acuden a la clínica de periodoncia e implantología de la DEPEI de la Facultad de Odontología de la UNAM, por lo general presentan recesiones gingivales de las cuales algunas van progresando, éstas causan problemas de hipersensibilidad dentinaria, asimismo, al perder la continuidad de la encía en las recesiones gingivales, la estética se ve comprometida, siendo la principal causa por la que los pacientes acuden al tratamiento quirúrgico. El cirujano dentista y el periodoncista resuelven estos problemas a través de diversas técnicas quirúrgicas, pero poco se sabe acerca de cómo estos procedimientos repercuten en la calidad de vida del paciente.

---

#### **IV. JUSTIFICACIÓN**

En la Clínica de Periodoncia e Implantología de la DEPel de la Facultad de Odontología de la UNAM acuden pacientes que requieren tratamiento mucogingival por hipersensibilidad o problemas estéticos debido a la presencia de recesiones gingivales de diversas clases. Los tratamientos quirúrgicos mucogingivales realizados en estos pacientes han demostrado ser exitosos en cuanto a la cobertura radicular, ganancia de inserción clínica y una estética favorable. Sin embargo, no existen resultados sobre el impacto que tienen los tratamientos de cirugía mucogingival para la cobertura de recesiones gingivales en la calidad de vida de los pacientes. Por lo que los clínicos desconocen cuál es la percepción del paciente hacia al tratamiento quirúrgico mucogingival.

---

## **V. OBJETIVO**

### **5.1. Objetivo general**

Determinar el impacto de la cirugía mucogingival en la calidad de vida de los pacientes con recesiones gingivales atendidos en la DEPEI de la facultad de odontología de la UNAM en el periodo 2017- 2018.

### **5.2. Objetivos específicos**

- Establecer si el porcentaje de cobertura radicular en los grupos recesiones gingivales tipo I, tipo II y tipo III de Miller se relaciona con un efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes.
- Determinar si la ganancia en la medición del nivel de inserción clínica posterior a la cirugía mucogingival en recesiones gingivales tiene un efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes.
- Determinar si la profundidad del sondeo después de la cirugía mucogingival en recesiones gingivales se relacionan con un efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes.
- Identificar si la ganancia del tejido queratinizado posterior a la cirugía mucogingival en recesiones gingivales se relaciona con un efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes.



---

## **VI. MATERIAL Y MÉTODO**

### **6.1. Tipo de estudio**

Longitudinal, Prospectivo

### **6.2. Población de estudio**

Pacientes que acuden a la clínica de periodoncia e implantología de la DEPEI, de la facultad de odontología de la UNAM durante el ciclo escolar 2017-2018, con recesiones gingivales.

### **6.3. Criterios de inclusión**

Pacientes con recesiones gingivales clase I, II y III de Miller. Que soliciten su cobertura por sensibilidad o falta de estética.

Pacientes mayores de 18 años a 69 años.

Ambos géneros.

Pacientes que firmaron el consentimiento informado.

### **6.4. Criterios de exclusión**

Pacientes menores de 18 años.

Pacientes con enfermedad periodontal.

---

Pacientes con un índice de placa mayor a 20%.

Pacientes con embarazo.

Pacientes con tabaquismo.

Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.

## 6.5. Variables en estudio

### 6.5.1. Variables independientes

Variables	Definición	Índice e indicadores
Edad	Años cumplidos de la persona participante al momento de realizar la entrevista.	Años cumplidos Cuantitativa continua
Sexo	Género al que pertenece la persona como se observa durante la entrevista.	0) Femenino 1) Masculino Cualitativa nominal

<p>Procedimiento mucogingival</p>	<p>La cirugía mucogingival abarca los procedimientos quirúrgicos plásticos diseñados para corregir defectos en la morfología, posición y / o cantidad de encía que rodea los dientes.</p>	<p>Colgajo desplazado lateral.</p> <p>Colgajo de avance coronal.</p> <p>Colgajo semilunar.</p> <p>Injerto de tejido conectivo subepitelial.</p> <p>Injerto de tejido conectivo desepitelizado</p> <p>Injerto de tejido conectivo más técnica de túnel</p>
<p>Recesiones gingivales</p>	<p>Clase I: recesión de tejido marginal que no se extiende hasta la línea</p>	<p>1) Clase I</p> <p>2) Clase II</p>

<p>Clase I, II, III de Miller.</p>	<p>mucogingival, no hay pérdida ósea ni de tejido blando interproximal</p> <p>Clase II: recesión de tejido marginal que se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival; no existe pérdida ósea ni de tejido blando interproximal.</p> <p>Clase III: recesión de tejido marginal gingival que se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival. La pérdida ósea o de tejido interproximal está apical respecto a la unión cemento esmalte, pero coronal respecto al nivel apical de la recesión.</p> <p>Clase IV: es una recesión de tejido marginal que se extiende más allá de la línea mucogingival. La pérdida ósea y de tejido blando interproximal llegan al mismo nivel apical de la recesión.</p>	<p>3) Clase III</p> <p>Cualitativa nominal</p>
<p>Profundidad de la recesión gingival</p>	<p>Medida de la parte media de la recesión del margen gingival hacia la línea mucogingival.</p>	<p>milímetros</p>
<p>Nivel de inserción</p>	<p>Distancia de la línea amelocementaria al fondo de la bolsa periodontal</p>	<p>milímetros</p>

Profundidad al sondeo	Distancia entre el margen gingival a la base del surco periodontal	milímetros
Tejido queratinizado	Se registra midiendo la distancia del margen gingival a la línea mucogingival.	milímetros

### 6.5.2. Variable dependiente

Calidad de vida relacionada con la Salud Bucal medida con el instrumento Oral Health Impact Profile en Español (OHIP-EE-14).

### 6.6. Aspectos éticos

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de la Salud, se considera que el estudio se encuentra contemplado dentro del Título Segundo, Capítulo II, artículo 17, inciso II, como investigación de riesgo mínimo<sup>32</sup>.

Por lo que se contó con el consentimiento informado de manera verbal y escrita, después de explicar de manera clara el procedimiento que se realizará durante la entrevista y el examen clínico, aclarando dudas y mencionando a los participantes que podrán decidir la suspensión de su participación en el momento que ellos decidan. Por otro lado, los procedimientos clínicos son aquellos a los que se somete al paciente como parte de su tratamiento, la única variación será la aplicación del instrumento OHIP-EE-14.

---

## 6.7. Recursos

Lápices, plumas, sacapuntas y goma.

Formatos de recolección de datos y consentimiento informado.

## 6.8. Método

Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron invitados a participar en el estudio, se les explicó el propósito de la investigación y se les pidió firmar el consentimiento informado (ANEXO 1).

Posteriormente se tomaron los datos de la ficha de identificación y estado sistémico del paciente de la historia clínica (ANEXO 2). A partir del periodontograma (ANEXO 3) se obtuvo información con respecto a la profundidad del surco gingival, nivel de inserción y clasificación de la recesión gingival según Miller, así como si la recesión gingival es aislada o múltiple y la técnica a utilizar de los dientes a intervenir, estos datos se recopilaron en una tabla (ANEXO 4).

A continuación, se aplicó una primera encuesta, previa a la cirugía mucogingival con el instrumento OHIP-EE-14 (Perfil de Impacto de Salud Oral en español (ANEXO 5).

Dos meses después del tratamiento mucogingival, se realizó de nuevo la aplicación del instrumento OHIP-EE-14 y revaloración periodontal con el llenado del periodontograma. Para determinar el éxito del procedimiento se obtuvo la ganancia promedio en milímetros y porcentaje de cobertura radicular,

---

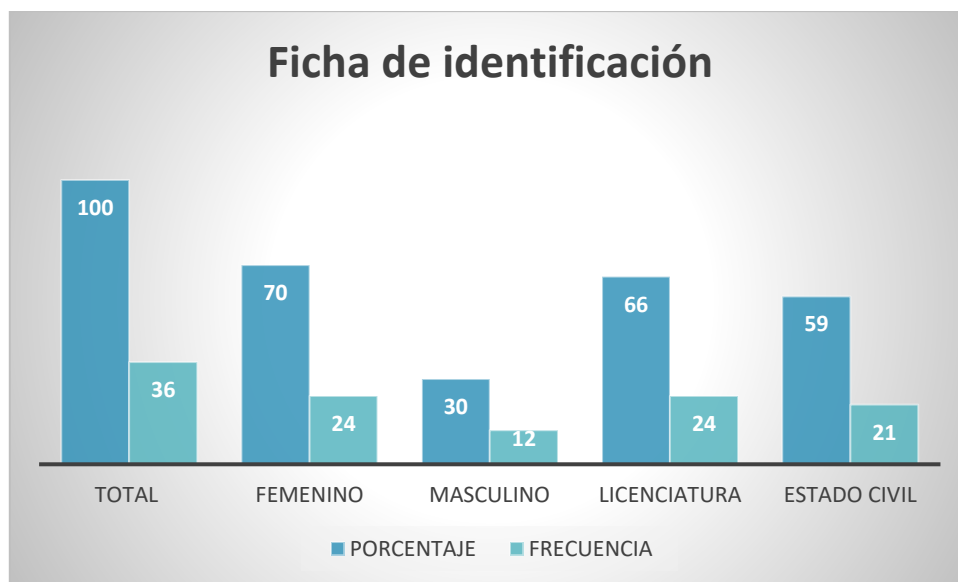
la evaluación de los niveles de inserción, profundidad al sondeo y tejido queratinizado.

Los datos se recopilaron en hoja de cálculo del programa Excel (ANEXO 6). Para su análisis estadístico, se utilizó el sistema SPSS.

---

## VII. RESULTADOS

Se recopilaron un total de 38 pacientes con un total de 86 recesiones gingivales en la clínica de periodoncia de la DEPEI de la Facultad de Odontología de la UNAM, que presentaban recesiones gingivales tipo I, II y III de Miller, de los cuales sólo 36 concluyeron el estudio. El 70% fueron pacientes femeninos y el 30% pacientes masculinos, tomando como datos estadísticos significativos de la ficha de identificación: el 59% de los pacientes eran solteros y el 66% de ellos contaban con una licenciatura, la gráfica 1 muestra el porcentaje y frecuencia con los que se presentaron.



Gráfica 1 Porcentaje y frecuencia de los datos de la ficha de identificación fueron directa.



El promedio de edad para todo el grupo fue  $48.9 \pm 12.8$  años de edad. Por sexo fue  $53.2 \pm 10.7$  años para las mujeres y  $40.5 \pm 12.7$  años para los hombres, se observó que el promedio de edad fue mayor entre las mujeres que entre los hombres y las diferencias fueron estadísticamente significativas como se observa en la tabla 2.

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
Femenino	24	53.20833	2.186072	10.70952	48.6861	57.73057
Maculino	12	40.5	3.675265	12.73149	32.4108	48.5892
combined	36	48.97222	2.129344	12.77606	44.64942	53.29502
diff		12.70833	4.031566		4.515206	20.90146

diff = mean(Femenino) - mean(Maculino) t = 3.1522  
 Ho: diff = 0 degrees of freedom = 34

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0  
 Pr(T < t) = 0.9983 Pr(|T| > |t|) = 0.0034 Pr(T > t) = 0.0017

Tabla 2 Promedio de edad fuente directa.

En relación a las enfermedades presentes sistémicas, de los 36 pacientes, seis presentaron obesidad, cuatro con hipertensión, dos pacientes tenían osteoporosis, uno diabetes y uno artritis, dando un total de 14 pacientes de los 36 con alguna enfermedad sistémica, la gráfica 2 presenta el porcentaje que les corresponde a cada una de las enfermedades.



Gráfica 2 Enfermedades sistémicas presentes en el grupo de estudio fueron directa.

Dentro de los datos obtenidos, se observa que el paciente con mayor afectación en su calidad de vida presentó un puntaje de 40 puntos de 56 y el que presentó menor puntaje fue de 0, donde no presentaba un impacto negativo en su calidad de vida la presencia de recesiones gingivales.

Se demostró que hubo un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes que fueron atendidos con cirugía mucogingival para la cobertura de recesiones gingivales. Comparándose el valor del OHIP-EE-14 antes del tratamiento y dos meses después del tratamiento utilizando una prueba T pareada. Se encontró que el promedio de puntaje del instrumento para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral al inicio fue  $11.8 \pm 9.5$  puntos y después del tratamiento fue  $2.9 \pm 4.2$  puntos, esta disminución fue de 8.9 puntos y la diferencia fue estadísticamente significativa ( $t=6.76$ ,  $p<.001$ ), indicando que la calidad de vida relacionada con la salud oral mejoró después

del tratamiento, la tabla 3 muestra la comparacion de la encuesta OHIP-EE-14 antes de la cirugia con la misma encuesta dos meses postquirúrgico.

```
. ttest OHIP1 == OHIP2
```

Paired t test

Variable	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
OHIP1	33	11.0303	1.64828	9.468648	7.672866	14.38774
OHIP2	33	2.878788	.7343797	4.21869	1.382905	4.37467
diff	33	8.151515	1.204569	6.919724	5.697888	10.60514

```
mean(diff) = mean(OHIP1 - OHIP2)          t = 6.7672
Ho: mean(diff) = 0                        degrees of freedom = 32
```

```
Ha: mean(diff) < 0          Ha: mean(diff) != 0          Ha: mean(diff) > 0
Pr(T < t) = 1.0000         Pr(|T| > |t|) = 0.0000         Pr(T > t) = 0.0000
```

Tabla 3 Resultados de la encuesta OHIP-EE-14, antes y después de la cirugía mucogingival  
fuente directa.

Al observar los resultados del impacto que tuvieron los procedimientos mucogingivales en la calidad de vida de los pacientes con respecto al tipo de recesión gingival según la clasificación de Miller con el porcentaje de cobertura radicular, así como en la ganancia en las mediciones de nivel de inserción, profundidad al sondeo y ganancia de tejido queratinizado, se observa que en todas las variables hubo un impacto positivo en la calidad de vida, a continuación, se muestran los resultados desglosados que se encontraron para cada una de las variables.

Al establecer si el porcentaje de cobertura radicular en las recesiones gingivales tipo I, tipo II y tipo III de Miller, se relacionan con un efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes, se realizaron tres categorías: Miller tipo 1, 2 y 3 (tabla 4), se demostró que, en relación con la clasificación de Miller I (55%), el promedio OHIP disminuyó de  $11.68 \pm 10.1$  a  $3.1 \pm 4.4$ , esta disminución fue estadísticamente significativa ( $p < .001$ ). Indicando que la calidad de vida mejoró (tabla 5).

MILLER3	Freq.	Percent	Cum.
1	48	55.17	55.17
2	12	13.79	68.97
3	27	31.03	100.00
Total	87	100.00	

Tabla 4 Frecuencia y porcentaje del tipo de recesión gingival que se presentó fueron directa.

-> MILLER3 = 1

Paired t test

Variable	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
OHIP1	48	11.6875	1.452607	10.06396	8.765231	14.60977
OHIP2	48	3.083333	.6335992	4.389704	1.808696	4.357971
diff	48	8.604167	1.124257	7.78908	6.342454	10.86588

mean(diff) = mean(OHIP1 - OHIP2) t = 7.6532  
 Ho: mean(diff) = 0 degrees of freedom = 47

Ha: mean(diff) < 0 Ha: mean(diff) != 0 Ha: mean(diff) > 0  
 Pr(T < t) = 1.0000 Pr(|T| > |t|) = 0.0000 Pr(T > t) = 0.0000

Tabla 5 Relación del porcentaje de cobertura radicular en recesión gingival tipo I de Miller con la encuesta OHIP-EE-14 fueron directa.











Al determinar si la profundidad de bolsa después de la cirugía mucogingival en recesiones gingivales se relacionan con un efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes igualmente se clasificó en tres categorías: pérdida entre 1 y 2 mm, cero pérdida y ganancia de 1mm (tabla 12).

. tab ganan3PB

RECODE of GananciaPB (GananciaPB)	Freq.	Percent	Cum.
perdió -1o 2mm	11	12.64	12.64
0 mm	67	77.01	89.66
1mm	9	10.34	100.00
Total	87	100.00	

Tabla 12 Frecuencia y porcentaje de las categorías de profundidad de bolsa <sup>fuente directa</sup>.

Se encontró que en las tres categorías hubo disminución significativa del promedio OHIP, indicando que mejoró la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Entre los que perdieron 1 o 2mm de profundidad de bolsa, el OHIP disminuyó de  $10.5 \pm 10.6$  a  $3.2 \pm 3.1$  ( $p = .009$ ) (tabla 13).

En el grupo de pacientes que no perdieron ni ganaron en la profundidad de bolsa, la media del OHIP disminuyó de  $10.9 \pm 9.0$  a  $2.7 \pm 4.1$  ( $p < .001$ ) (tabla 14).

Y en la categoría de pacientes que ganaron 1 mm el OHIP disminuyó de  $7.1 \pm 1.9$  a  $2.6 \pm 1.7$  después del tratamiento ( $p = .02$ ) (tabla 15).



-> ganan3PB = 1mm

Paired t test

Variable	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
OHIP1	9	7.111111	1.896228	5.688683	2.738402	11.48382
OHIP2	9	2.555556	.580017	1.740051	1.218034	3.893077
diff	9	4.555556	1.756821	5.270463	.5043192	8.606792

mean(diff) = mean(OHIP1 - OHIP2) t = 2.5931  
 Ho: mean(diff) = 0 degrees of freedom = 8  
 Ha: mean(diff) < 0 Ha: mean(diff) != 0 Ha: mean(diff) > 0  
 Pr(T < t) = 0.9840 Pr(|T| > |t|) = 0.0320 Pr(T > t) = 0.0160

Tabla 15 Dientes que ganaron 1 mm en la profundidad de bolsa en relación con la encuesta OHIP-EE-14 fuente directa.

En relación a la ganancia del tejido queratinizado posterior a la cirugía mucogingival en recesiones gingivales, se crearon 3 categorías: los que perdieron de -1 a -2 mm, los que no tuvieron ganancia y los que ganaron entre 1 y 7mm (tabla 16).

```
. tab ganancia3TQ
```

RECODE of GananciaTQ (GananciaTQ )	Freq.	Percent	Cum.
-2 a 0 TQ	6	6.90	6.90
0 ganancia TQ	43	49.43	56.32
1 a 7 TQ	38	43.68	100.00
Total	87	100.00	

Tabla 16 Frecuencia y porcentaje de las categorías de tejido queratinizado fuente directa.

En la primera categoría (-2 o -1 mm) se observó que el OHIP disminuyó de  $6.7 \pm 2.9$  a  $2.2 \pm 2.9$  después del tratamiento ( $p=.02$ ) (tabla 17). Entre los que no tuvieron ganancia o pérdida (0mm), el promedio del OHIP disminuyó de  $10.0 \pm 9.0$  a  $2.8 \pm 4.6$  después de la intervención ( $p<.001$ ) (tabla 18).

Entre los que tuvieron una ganancia de 1 a 7mm el OHIP disminuyó de  $11.6 \pm 9.4$  a  $2.9 \pm 2.8$  después del tratamiento ( $p<.001$ ) (tabla 19). Lo que indica que en todos los casos se obtuvieron resultados positivos en la calidad de vida de los pacientes.

-> ganancia3TQ = -2 a 0 TQ

Paired t test

Variable	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
OHIP1	6	6.666667	1.173788	2.875181	3.649349	9.683984
OHIP2	6	2.166667	1.222475	2.994439	-.9758046	5.309138
diff	6	4.5	1.52206	3.72827	.5874202	8.41258

mean(diff) = mean(OHIP1 - OHIP2) t = 2.9565

Ho: mean(diff) = 0 degrees of freedom = 5

Ha: mean(diff) < 0

Ha: mean(diff) != 0

Ha: mean(diff) > 0

Pr(T < t) = 0.9842

Pr(|T| > |t|) = 0.0316

Pr(T > t) = 0.0158

Tabla 17 Relación de los pacientes que perdieron de -1 a -2 mm de tejido queratinizado con la encuesta OHIP-EE-14<sup>fuente directa</sup>.

-> ganancia3TQ = 0 ganancia TQ

Paired t test

Variable	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
OHIP1	43	10.02326	1.373894	9.009224	7.250626	12.79589
OHIP2	43	2.767442	.6994993	4.586923	1.355795	4.179089
diff	43	7.255814	.9114098	5.976514	5.416515	9.095113

mean(diff) = mean(OHIP1 - OHIP2) t = 7.9611  
 Ho: mean(diff) = 0 degrees of freedom = 42

Ha: mean(diff) < 0 Ha: mean(diff) != 0 Ha: mean(diff) > 0  
 Pr(T < t) = 1.0000 Pr(|T| > |t|) = 0.0000 Pr(T > t) = 0.0000

**Tabla 18 Relación de los pacientes que no tuvieron ganancia o pérdida (0mm) de tejido queratinizado con la encuesta OHIP-EE-14<sup>fuentes directa</sup>.**

-> ganancia3TQ = 1 a 7 TQ

Paired t test

Variable	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
OHIP1	38	11.63158	1.528032	9.419419	8.535493	14.72767
OHIP2	38	2.894737	.4475148	2.758667	1.987986	3.801488
diff	38	8.736842	1.353928	8.346173	5.993523	11.48016

mean(diff) = mean(OHIP1 - OHIP2) t = 6.4530  
 Ho: mean(diff) = 0 degrees of freedom = 37

Ha: mean(diff) < 0 Ha: mean(diff) != 0 Ha: mean(diff) > 0  
 Pr(T < t) = 1.0000 Pr(|T| > |t|) = 0.0000 Pr(T > t) = 0.0000

**Tabla 19 Relación de los pacientes que tuvieron una ganancia de 1 a 7 mm de tejido queratinizado con la encuesta OHIP-EE-14<sup>fuentes directa</sup>.**

---

## VIII. DISCUSIÓN

Para la elaboración de este estudio se utilizó el instrumento OHIP-EE-14 que comprende de 14 ítems correspondientes a las dimensiones de limitación funcional, dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad, cuantificadas con una escala tipo Likert, con una sumatoria total de 56 puntos, siendo esta la mayor afectación en la calidad de vida y cero donde no existe un efecto negativo en la calidad de vida del paciente con recesión gingival.

Los pacientes de este estudio solo presentaron condiciones periodontales mucogingivales, al realizar la encuesta OHIP-EE-14 antes de la cirugía se obtuvo un puntaje promedio inicial de  $11.8 \pm 9.5$  de todo el grupo, con lo que se concluye que la presencia de recesiones gingivales afectaba la calidad de vida de los pacientes, solo en algunos casos aislados la presencia de recesiones gingivales no afectaba la calidad de vida, al tener un paciente con una puntuación de 0. Dos meses después de los diferentes procedimientos de cirugía mucogingival, se realizó la misma encuesta y se obtuvo un puntaje de  $2.9 \pm 4.2$  puntos, esta disminución fue de 8.9 puntos con lo que se determinó que los diferentes procedimientos mucogingivales tuvieron un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes.

Se han realizado diversos estudios para la medición de la calidad de vida en pacientes que han sido tratados de gingivitis y periodontitis, concluyendo en un resultado positivo del tratamiento periodontal sobre la calidad de vida relacionada con la salud oral, también se demostró y fue más evidente en pacientes que presentaban periodontitis con profundidades al sondeo  $>7\text{mm}$ <sup>33</sup>.

---

Sin embargo, no hay estudios que reporten el impacto que tiene la cirugía mucogingival en la calidad de vida de los pacientes que presentan recesiones gingivales.

En este estudio se observa que, en las variables de tipo de recesión gingival según Miller relacionado con el porcentaje de cobertura radicular, así como en las mediciones de nivel de inserción, profundidad al sondeo y ganancia de tejido queratinizado se obtuvieron resultados positivos en la calidad de vida de los pacientes dos meses después de haber realizado los procedimientos de cirugía mucogingival.

La encuesta OHIP-EE-14 es un instrumento fiable para determinar el efecto negativo de las condiciones orales en la calidad de vida, sin embargo, para obtener resultados precisos necesitaríamos tener un instrumento con enfoque y validación específica para cirugía mucogingival.

Tomando igualmente en consideración que los resultados de este estudio están limitados por el componente subjetivo de los pacientes al responder el instrumento aplicado y de las características sociodemográficas de la muestra, la cual no es representativa de la población general, contado con las características de la población que acude la clínica de periodoncia e implantología de la DEPeI de la facultad de odontología de la UNAM, por lo que estos resultados deben ser analizados teniendo en cuenta la probabilidad del sesgo subsecuente, sin embargo se constituye en un aporte académico que contribuye al entendimiento de los resultados centrados en el paciente.

Los resultados sugieren que las percepciones de los pacientes deben incluirse en el proceso de toma de decisiones para proporcionar una evaluación más exhaustiva de la necesidad de tratamiento periodontal. Sin embargo, los antecedentes científicos sobre este resultado son escasos.

---

Varios grupos de investigación están proponiendo nuevas escalas de evaluación para resultado centrados en el paciente que necesitan validación y adopción en estudios controlados, estos probablemente ayudaran a los cirujanos dentistas en el futuro a elegir el enfoque adecuado y conocer los deseos del paciente.



---

## **IX. CONCLUSIONES**

La presencia de recesiones gingivales, tienen un efecto negativo en la calidad de vida de los pacientes.

La cirugía mucogingival para la cobertura de recesiones gingivales, tiene un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes.

En el porcentaje de cobertura radicular posterior a los diferentes procedimientos mucogingivales relacionado con el tipo de recesión gingival: tipo I, tipo II y tipo III de Miller, demostró un efecto positivo en la calidad de vida, aun cuando no hubo un porcentaje de cobertura radicular de 100% en todos los casos.

Las mediciones de nivel de inserción, profundidad al sondeo y ganancia de tejido queratinizado al relacionarse con la encuesta OHIP-EE-14 demostraron tener un efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes después de haber realizado los diferentes procedimientos de cirugía mucogingival.

---

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988 Mar;5(1):3–18.
2. Organización Mundial de la Salud. La gente y la salud ¿Qué es calidad de vida?. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Foro Mund Salud [Internet]. 1996;17(4):385–7. disponible en : [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF\\_1996\\_17\\_n4\\_p385-387\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
3. Ardila R. Calidad de vida: Una definición integradora. *Rev Latinoam Psicol*. 2003;35(2).
4. Evans CA, Kleinman D V. The surgeon: General's report on America's oral health: Opportunities for the dental profession. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2000;131(12):1721–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2000.0118>
5. Gill TM FAR. A critical appraisal of the quality of life measurement. *Jama*. 1994;(272):619–26.
6. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994 Mar;11(1):3–11.
7. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997 Aug;25(4):284–90.
8. Castrejón Perez RC, Borges Yáñez AS, Irigoyen Camacho ME. Validación De Un Instrumento Para Medir El Efecto De La Salud Bucal En La Calidad De Vida De Los Adultos Mayores Mexicanos. *Rev*

---

Panam Salud [Internet]. 2010;27(5):321–9. Disponible en:  
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n5/a01v27n5>

9. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA. Derivation of the short form of the Oral Health Impact Profile in Spanish (OHIP-EE-14). *Gerodontology*. 2012;29(2):155–8.
10. Vargas AP, Yáñez R MC. No Title Periodoncia e implantología. *Médica Pan. México D.F.*; 2016. 234-256 p.
11. Gorman WJ. Prevalence and Etiology of Gingival Recession. *J Periodontol* [Internet]. 1967;38(4):316–22. Disponible en:  
<http://doi.wiley.com/10.1902/jop.1967.38.4.316>
12. Albandar JM, Kingman A. Gingival Recession, Gingival Bleeding, and Dental Calculus in Adults 30 Years of Age and Older in the United States, 1988-1994. 1994;70(1).
13. PD M. Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restor Dent*. 1985;5(1):8–13.
14. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol*. 2018;45:S190–8.
15. 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.

- 
16. Dym H, Tagliareni JM. Surgical Management of Cosmetic Mucogingival Defects. *Dent Clin North Am.* 2012;56(1):267–79.
  17. Wennström JL. Increased gingival dimensions. A significant factor for successful outcome of root coverage procedures? A 2-year prospective clinical study. *J Clin Periodontol.* 1996;23(8):770–7.
  18. Lang NP, Lindhe J, Berglundh T, Giannobile WV, Sanz M editores. *Periodontología clínica e implantología odontológica.* 6ª ed.. Panamericana M, editor. Buenos Aires: 2017;
  19. Leong DJ-M, Wang H-L. A decision tree for soft tissue grafting. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2011;31(3):307–13.
  20. Gingival R. Coronally advanced flap and combination therapy for root coverage . Clinical strategies based on scientific evidence and clinical experience. 2012;59:158–84.
  21. Zucchelli G., Cesari C., Amore C., Montebugnoli L., and De Sanctis M. Laterally Moved, Coronally Advanced Flap: A Modified Surgical Approach for Isolated Recession-Type Defects Case Series. *Periodontol.* 2006;77(7):31–3.
  22. Modica F, Del Pizzo M, Roccuzzo M, Romagnoli R. Coronally advanced flap for the treatment of buccal gingival recessions with and without enamel matrix derivative. A split-mouth study. *J Periodontol [Internet].* 2000;71(11):1693–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11128916>
  23. Zucchelli G. Mucogingival esthetic surgery. Quintessence, editor. Chicago, IL: Quintessence; 2012.; 2012.

- 
24. De Sanctis M, Zucchelli G. Coronally advanced flap: A modified surgical approach for isolated recession-type defects: Three-year results. *J Clin Periodontol*. 2007;34(3):262–8.
  25. Zucchelli G, Mele M, Mazzotti C, Marzadori M, Montebugnoli L, De Sanctis M. Coronally Advanced Flap With and Without Vertical Releasing Incisions for the Treatment of Multiple Gingival Recessions: A Comparative Controlled Randomized Clinical Trial. *J Periodontol* [Internet]. 2009;80(7):1083–94. Disponible en: <http://www.joonline.org/doi/10.1902/jop.2009.090041>
  26. Tarnow DP. Semilunar coronally repositioned flap. *J Clin Periodontol*. 1986;13(3):182–5.
  27. Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. *Periodontol* 2000. 2015;68(1):333–68.
  28. Langer B, Langer L. Subepithelial Connective Tissue Graft Technique for Root Coverage. *J Periodontol* [Internet]. 1985;56(12):715–20. Disponible en: <http://www.joonline.org/doi/10.1902/jop.1985.56.12.715>
  29. Zucchelli G, Amore C, Sforza NM, Montebugnoli L, De Sanctis M. Bilaminar techniques for the treatment of recession-type defects. A comparative clinical study. *J Clin Periodontol*. 2003;30(10):862–70.
  30. Zucchelli G, Mele M, Stefanini M, Mazzotti C, Marzadori M, Montebugnoli L, et al. Patient morbidity and root coverage outcome after subepithelial connective tissue and de-epithelialized grafts: A comparative randomized-controlled clinical trial. *J Clin Periodontol*.

---

2010;37(8):728–38.

31. Tozum TF, Dini FM. Treatment of adjacent gingival recessions with subepithelial connective tissue grafts and the modified tunnel technique. *Quintessence Int.* 2003 Jan;34(1):7–13.
32. Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigacion para la Salud.* México: Secretaría de Salud.
33. Brauchle F, Noack M, Reich E. Impact of periodontal disease and periodontal therapy on oral health-related quality of life. *Int Dent J.* 2013;63(6):306–11.

## ANEXOS

### ANEXO 1 Consentimiento informado



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para el estudio sobre: IMPACTO DE LA CIRUGÍA MUCOGINGIVAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON RECESIONES GINGIVALES ATENDIDOS EN LA DEPEI DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNAM EN EL PERIODO 2017- 2018.

#### PROPÓSITO

Este proyecto de investigación tiene como objetivo determinar “El impacto de la cirugía mucogingival en la calidad de vida de pacientes con recesiones gingivales atendidos en la DEPEI de la facultad de odontología UNAM”.

No se proveen riesgos por participar en este estudio, puesto que es un cuestionario anónimo y de rutina. Mantendremos de la manera más confidencial la información que usted manifieste, su nombre no va a ser utilizado en ningún reporte.

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Si acepta participar en este estudio y firma el consentimiento, sucederá lo siguiente:

1. Se realizará la encuesta con el instrumento OHIP-EE-14, que no durará más de 10 minutos. Debe llenar la información que se le solicita.
2. Así también se realizará una segunda encuesta tres meses después de haberse realizado la cirugía.

Si desea conocer sus resultados, podrá solicitarlos en el siguiente año escolar, se puede comunicar con el investigador C.D: Paulina Fabiola Hernández Salas al número 5585728778.

Si en caso de que usted se sienta vulnerable está en su derecho de contactarse con el Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Universidad Nacional Autónoma de México, por medio de la Dra. Socorro Aída Borges Yáñez al correo electrónico [aborquesy@gmail.com](mailto:aborquesy@gmail.com).

Yo, \_\_\_\_\_  
he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entendido que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

**Recibí una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.**

---

Nombre y Firma del participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

---

Nombre y Firma del testigo 1 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Relación con el participante \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

---

Nombre y Firma del testigo 2 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Relación con el participante \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

He explicado al paciente \_\_\_\_\_ sobre la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida dicha posible y he preguntado si tienen una duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

---

Nombre y Firma del investigador

---

Fecha



## ANEXO 2 Ficha de identificación



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
HISTORIA CLÍNICA GENERAL

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Día Mes Año

EXPEDIENTE N°: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Número Unidad Clínica Turno

### 1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno Apellido materno Nombre (S) Años M o F

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle N° Colonia Código postal Delegación o Estado

Teléfono: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
De domicilio Soltero, casada, viudo, etc. Ama de casa, empleado, obrero

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Interrogatorio: \_\_\_\_\_  
Especificar grado escolar Entidad federativa o País Directo o indirecto

## ANEXO 3 Periodontograma

Especialidad de Periodoncia e Implantología    DEPel    FO    UNAM

NOMBRE ALUMNO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ FASE: \_\_\_\_\_

NOMBRE PACIENTE: \_\_\_\_\_ NO CARNET: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
PI																	PI
UCR																	UCR
NI																	NI
SSS																	SSS
MOV																	MOV

PI																	PI
UCR																	UCR
NI																	NI
SSS																	SSS

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
PI																	PI
UCR																	UCR
NI																	NI
SSS																	SSS
MOV																	MOV

DIAGNÓSTICO

#### ANEXO 4 Ficha de recopilación de datos

Impacto de la cirugía mucogingival en la calidad de vida de pacientes con recesiones gingivales. Ficha de recopilación de datos.

FOLIO									
DOCTOR									
AISLADA									
MÚLTIPLE									
CLASIFICACIÓN									
DIENTES									
PB									
UCE									
NI									
TQ									
TÉCNICA									

## ANEXO 5 Encuesta OHIP-EE-14

---

¿En los últimos seis meses...

In the last 6 months...

- 1)... Ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?  
Have you had difficulty chewing any foods because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- 2)... Ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?  
Have you felt that your appearance has been affected because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- 3)... Ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?  
Have you had headaches because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- 4)... Ha tenido sensibilidad en sus dientes, por ejemplo, debido a alimentos o bebidas fríos o calientes?  
Have you had sensitive teeth, for example, due to hot or cold foods or drinks?
- 5)... Los problemas dentales lo han hecho sentir totalmente infeliz?  
Have dental problems made you miserable?
- 6)... Se ha sentido incómodo con la apariencia de sus dientes, boca o dentaduras?  
Have you felt uncomfortable about the appearance of your teeth, mouth or dentures?
- 7)... Las personas le han malinterpretado algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?  
Have people misunderstood some of your words because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- 8)... Ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?  
Have you avoided smiling because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- 9)... Ha encontrado difícil relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?  
Have you found it difficult to relax because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- 10)... Se ha avergonzado un poco debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?  
Have you been a bit embarrassed because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- 11)... Ha tenido dificultades al relacionarse con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?  
Have you had trouble getting on with other people because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- 12)... Ha estado un poco irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?  
Have you been a bit irritable with other people because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- 13)... Ha sufrido algún tipo de pérdida económica debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?  
Have you suffered any financial loss because of problems with your teeth, mouth or dentures?
- 14)... Ha sido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?  
Have you been totally unable to function because of problems with your teeth, mouth or dentures?

---

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre.



