



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



**MALOCLUSIÓN DENTAL Y SU RELACIÓN CON  
LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES  
DEL CENTRO DE SALUD SANTA  
ADRIANA JULIACA 2025**

TESIS PRESENTADA POR:

**Bach. WENDY IDME CHAYÑA**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
**CIRUJANO DENTISTA**

JULIACA – PERÚ  
2025



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**  
**MALOCLUSIÓN DENTAL Y SU RELACIÓN CON**  
**LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES**  
**DEL CENTRO DE SALUD SANTA**  
**ADRIANA JULIACA 2025**

TESIS PRESENTADA POR:  
**Bach. WENDY IDME CHAYÑA**  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
**CIRUJANO DENTISTA**

**APROBADA POR EL JURADO REVISOR:**

**PRESIDENTE**

:

  
\_\_\_\_\_  
Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA

**PRIMER MIEMBRO**

:

  
\_\_\_\_\_  
Dr. RILDO PAUL TAPIA CONDORI

**SEGUNDO MIEMBRO**

:

  
\_\_\_\_\_  
Dr. EDUARDO LUJAN URVIOLA

**ASESOR DE TESIS**

:

  
\_\_\_\_\_  
Dra. EDITH CARL CHECA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

:

ODONTOLOGÍA, CIRUGÍA ORAL, MEDICINA ORAL – P31



SE APRUEBA LA FECHA Y HORA DE SUSTENTACION PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

## **RESOLUCIÓN N° 247-2025-D-F.OD-UANCV-J**

Juliaca, 20 de octubre de 2025

### **VISTOS:**

El expediente N° 8355/CU-2025, presentado por el (la) Bachiller: **IDME CHAYÑA, WENDY**; quien solicita nominación de jurados, fecha y hora de sustentación, para rendir el examen de Sustentación y defensa de la Tesis: Titulado: **MALOCLUSIÓN DENTAL Y SU RELACIÓN CON LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULILACA 2025**

### **CONSIDERANDO:**

**Que**, de conformidad con el artículo 8° numeral b) del Reglamento General de Grados y Títulos de la UANCV vigente, es procedente acceder a la petición del interesado:

**Que**, Al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R: de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca,

**Que**, el director de Investigación y el Decano de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, han revisado el expediente del interesado, y:

**Estando**, a la opinión favorable del director de la Unidad de Investigación y del Decano de la Facultad de Odontología y en uso de las atribuciones que confiere el artículo 28 del Reglamento Interno de Trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R

### **SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO.** - **DECLARAR APTO**, para la sustentación presencial del Informe Final de Investigación, del (la) Bachiller: **IDME CHAYÑA, WENDY**; para optar el Título Profesional de CIRUJANO DENTISTA, en virtud a los considerandos expuestos.

**ARTÍCULO SEGUNDO.** - **NOMINAR JURADOS**, para la sustentación presencial y defensa de la Tesis a los siguientes docentes ordinarios:

PRESIDENTE	: Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA
PRIMER MIEMBRO	: Dr. RILDO PAÚL TAPIA CONDORI
SEGUNDO MIEMBRO	: Dr. EDUARDO LUJAN URVIOLA
ASESOR	: Dra. EDITH CARI CHECA



### **ARTÍCULO TERCERO. - PROGRAMAR FECHA Y HORA,**

de sustentación de tesis según se detalla:

LUGAR : SALA DE GRADOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
FECHA : VIERNES 07 DE NOVIEMBRE 2025  
HORA : 9:30 A.M.

**ARTÍCULO CUARTO. -** Realizado el Examen de Sustentación de Tesis, el Jurado levanta el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el (la) Bachiller que se somete al examen.

**ARTÍCULO QUINTO. - DISPONER** que la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad, secretaria académica y administrativa, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.



UNIVERSIDAD ANDINA "NESTOR CACERES VELASQUEZ"  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Dr. Rilda Paz Tapia Condon  
DECANO

DISTRIBUCION:  
F. Odontología, (1)  
Asesor (1)  
Interesada, (1)  
Jurados (3)  
RPTC/cch



SE APRUEBA INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

### **RESOLUCIÓN N° 166-2025-D-F.OD-UANCV-J**

Juliaca, 2025 julio 25

#### **VISTOS:**

El Expediente N° 5101-2025 de fecha 30 de junio de 2025, presentado por (el), (la) Bach. **IDME CHAYÑA WENDY**, quien solicita Revisión del Informe Final de Investigación y del Anexo (04 o 05) FICHA DE OPINIÓN DE INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, que fue revisada por el Comité de Investigación de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología.

#### **CONSIDERANDO:**

**Que**, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de investigación científica, tecnológica y humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios;

**Que**, (el), (la) Bach. **IDME CHAYÑA WENDY**, quien solicita Revisión del Informe Final de Investigación, del tema titulado: MALOCLUSIÓN DENTAL Y SU RELACIÓN CON LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2025

**Que**, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R / de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca;

**Que**, el Comité de Investigación emitió su opinión favorable al Informe Final de Investigación, para que pueda ser aprobado por Resolución;

**Que**, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología, corrobora el asesoramiento del Informe Final de Investigación del ASESOR DE TESIS: DRA. EDITH CARI CHECA, y;

**Estando**, el opinión favorable del comité de Investigación, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria y el estatuto de la UANCV, que confiere a facultades de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología.

#### **SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR Y AUTORIZAR EL INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** para la **REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITING**, del tema titulado: MALOCLUSIÓN DENTAL Y SU RELACIÓN CON LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2025 Presentado por el (la) Bach. **IDME CHAYÑA WENDY**, para optar el Título Profesional de CIRUJANO DENTISTA, en virtud a los considerandos expuestos.



**ARTÍCULO SEGUNDO:** RECONOCER, como ASESOR DE TESIS: al DRA. EDITH CARI CHECA,

**ARTÍCULO TERCERO:** DISPONER que, la Facultad y las secretarías académica y administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.



UNIVERSIDAD ANDINA "NESTOR CACERES VELASQUEZ"  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Dr. Rita Patricia Condoni  
DECANO

DISTRIBUCION:  
F. Odontología, (1)  
Asesor (1)  
Interesada, (1)  
Gabby.



SE APRUEBA LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

**RESOLUCIÓN N° 004-2025-D-F.OD-UANCV-J**

Juliaca, 2025 enero 7

**VISTOS:**

El Expediente N° 19011-24 de fecha 18 de diciembre de 2024, presentado por (el), (la) Bach. **IDME CHAYÑA WENDY**, quien solicita Revisión de la Propuesta de Investigación y el Anexo (02 o 03) FICHA DE OPINIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVO DEL MIEMBRO DEL COMITÉ REVISOR, que fue revisada por el Comité de Investigación de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología.

**CONSIDERANDO:**

**Que**, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de investigación científica, tecnológica y humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios;

**Que**, el (la) **Bach. IDME CHAYÑA WENDY**, quien solicita la revisión y aprobación de la Propuesta de Investigación Titulado: **MALOCCLUSIÓN DENTAL Y SU RELACIÓN CON LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2025**. Para optar el título profesional de CIRUJANO DENTISTA;

**Que**, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R/ de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca;

**Que**, el Comité de Investigación dio su opinión favorable a la Propuesta de Investigación, el mismo que ha emitido el dictamen para que pueda ser aprobado por Resolución;

**Que**, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología, nomino como **ASESOR DE TESIS**: a la **DRA. EDITH CARI CHECA**, quien debe de estar acreditado y facultado para orientar y ayudar al asesorado en el proceso de elaboración del Trabajo de Investigación (Tesis), y;

**Estando**, el opinión favorable del comité de Investigación, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria y el estatuto de la UANCV, que confiere a facultades de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología.

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR Y AUTORIZAR LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, titulado: : **MALOCCLUSIÓN DENTAL Y SU RELACIÓN CON LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2025**. Presentado por el (la) **Bach. IDME CHAYÑA WENDY**; en virtud de los considerandos expuestos.



**ARTÍCULO SEGUNDO:** RECONOCER, como ASESOR DE TESIS:  
a la **DRA. EDITH CARI CHECA.**

**ARTÍCULO TERCERO:** DISPONER que, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad y las secretarías académica y administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.



UNIVERSIDAD ANDINA "NESTOR CACERES VELASQUEZ"  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Dr. Rildo Rayi Tapia Condon  
DECANO

DISTRIBUCION:  
F. Odontología, (1)  
Asesor (1)  
Interesada. (1)  
Gabby H.



# 18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Fuentes principales

- 12% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 18% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

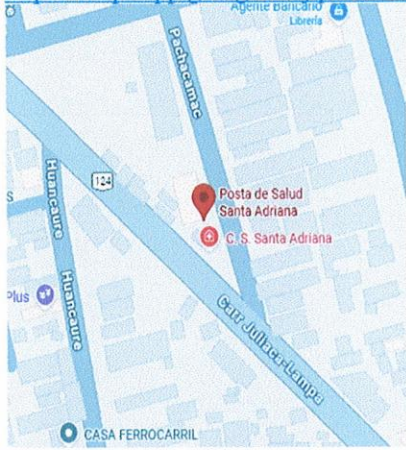
Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



**METADATOS COMPLEMENTARIOS**

Título de la tesis	
<b>MALOCLUSIÓN DENTAL Y SU RELACIÓN CON LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2025</b>	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	Wendy Idme Chayña
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	71892848
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0007-4007-8186">https://orcid.org/0009-0007-4007-8186</a>
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Edith Cari Checa
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01556817
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0001-6100-1099">https://orcid.org/0000-0001-6100-1099</a>
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Enrique Eleuterio Zuñiga Medina
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02419543
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-4793-9053">https://orcid.org/0000-0002-4793-9053</a>
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Rildo Paúl Tapia Condori
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	30859137
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-6195-2932">https://orcid.org/0000-0002-6195-2932</a>
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Eduardo Lujan Urviola
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01213364
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-2022-1260">https://orcid.org/0000-0002-2022-1260</a>

Datos de investigación	
<b>Línea de investigación</b>	ODONTOLOGÍA, CIRUGÍA ORAL, MEDICINA ORAL – P31
<b>Grupo de investigación</b>	No aplica.
<b>Agencia de financiamiento</b>	Sin financiamiento
<b>Ubicación geográfica de la investigación</b>	<p><b>Ubicación</b>  <b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Puno  <b>Provincia:</b> San Román  <b>Distrito:</b> Juliaca</p> <p><b>Coordenadas</b>  <b>Latitud:</b> -15.484142124958213  <b>Longitud:</b> -70.15452686288243</p> <p><b>Geolocalización</b>  <a href="https://maps.app.goo.gl/EacjqrHUUYd6fb4N6">https://maps.app.goo.gl/EacjqrHUUYd6fb4N6</a></p> 
<b>Año o rango de años en que se realizó la investigación</b>	Enero 2025 – Noviembre 2025
<b>URL de disciplinas OCDE</b> <a href="https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html">https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html</a> - Librería	<p><b>Odontología, cirugía oral, Medicina oral</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14</a></p> <p><b>Salud pública, Salud ambiental</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</a></p> <p><b>Ciencias de la salud</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</a></p>



*Dr. Eduardo Lujan Urviola*  
 DIRECTOR  
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN  
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



### DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo WENDY IDME CHAYÑA, identificado con DNI Nro. 71892848 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**  
 **Programa de Segunda Especialidad,**  
 **Programa de Maestría o Doctorado**

ODONTOLOGÍA

informo que he elaborado el/la  **Tesis** o  **Trabajo de Investigación**,  **Trabajo Académico** denominada:

MALOCLUSIÓN DENTAL Y SU RELACIÓN CON LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2025

Asesorado por: Dra. EDITH CARI CHECA

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 13 de noviembre del 2025

Firma del Asesor  
(obligatoria)

Firma del Estudiante  
(obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

A mi ángel del cielo, mi Abuelo BERNABÉ  
Aunque ya no estes físicamente conmigo, tu amor, sabiduría y ejemplo continúan guiándome en cada paso que doy. A pesar de lo difícil de aprender a vivir sin ti, tus palabras alentadoras y apoyo incondicional mientras estabas con vida fueron la fuerza que me impulso a seguir adelante en los momentos mas difíciles y que me llevo hasta este punto.



## AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios

Y al amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupaban mis padres por mi avance y desarrollo de esta tesis. Es simplemente único y se refleja en la vida una hija. Gracias a mis padres ELOY y CLARA por ser los principales promotores de mis sueños. Gracias a ellos por cada día confiar y creer en mi, por su comprensión y estímulo constante, además su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios. Es para mí una gran satisfacción poder dedicarles a ellos, que con mucho esfuerzo, trabajo me lo gane.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.



## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTOS .....	iv
ÍNDICE GENERAL .....	v
ÍNDICE DE TABLAS .....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
RESUMEN .....	x
ABSTRACT .....	xi
INTRODUCCIÓN .....	xii

### CAPÍTULO I

#### ASPECTOS GENERALES

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1. Problema general.....	3
1.2.2. Problemas específicos .....	3
1.3. JUSTIFICACIÓN .....	3
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	6
1.4.1. Objetivo general .....	6
1.4.2. Objetivos específicos .....	6
1.5. HIPÓTESIS .....	7
1.5.1. Hipótesis general.....	7
1.5.2. Hipótesis específicas .....	7
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	8

### CAPÍTULO II

#### FUNDAMENTOS TEÓRICOS



2.1.	BASES TEÓRICAS .....	9
2.1.1.	Antecedentes de la investigación .....	9
2.2.	MARCO TEÓRICO .....	18
2.2.1.	Maloclusión dental .....	18
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	27
<b>CAPÍTULO III</b>		
<b>METODOLOGÍA</b>		
3.1.	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN .....	28
3.2.	ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN .....	28
3.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	29
3.4.	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	30
3.5.	RECOGIDA DE DATOS .....	30
<b>CAPÍTULO IV</b>		
<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>		
4.1.	PRESENTACIÓN .....	32
4.2.	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	52
<b>CONCLUSIONES .....</b>		<b>62</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>		<b>63</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>		<b>64</b>
<b>APÉNDICES .....</b>		<b>69</b>
APÉNDICE 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....		70
APÉNDICE 2. INSTRUMENTOS.....		71
APÉNDICE 3. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO.....		72
APÉNDICE 4. AUTORIZACIONES .....		76
APÉNDICE 5. COSENTIMIENTO INFORMADO .....		78



APÉNDICE 5. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS .....	79
APÉNDICE 5. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	80



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA N° 1</b>	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2025.....	48
<b>TABLA N° 2</b>	MALOCLUSIÓN DENTAL DE PACIENTES DEL C.S. SANTA ADRIANA .....	50
<b>TABLA N° 3</b>	UBICACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DEL C.S. SANTA ADRIANA .....	52
<b>TABLA N° 4</b>	SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL.....	54
<b>TABLA N° 5</b>	RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO DERECHO Y LA UBICACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL.....	56
<b>TABLA N° 6</b>	RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO IZQUIERDO Y LA UBICACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL .....	58
<b>TABLA N° 7</b>	RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO DERECHO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN EL MAXILAR SUPERIOR.....	60
<b>TABLA N° 8</b>	RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO DERECHO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN MAXILAR INFERIOR.....	62
<b>TABLA N° 9</b>	RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO IZQUIERDO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN MAXILAR SUPERIOR.....	64
<b>TABLA N° 10</b>	RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO IZQUIERDO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN MAXILAR INFERIOR.....	66



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA Nº 1</b>	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2025.....	48
<b>FIGURA Nº 2</b>	MALOCLUSIÓN DENTAL DE PACIENTES DEL C.S. SANTA ADRIANA .....	50
<b>FIGURA Nº 3</b>	UBICACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DEL C.S. SANTA ADRIANA .....	52
<b>FIGURA Nº 4</b>	SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL.....	54
<b>FIGURA Nº 5</b>	RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO DERECHO Y LA UBICACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL.....	56
<b>FIGURA Nº 6</b>	RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO IZQUIERDO Y LA UBICACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL .....	58
<b>FIGURA Nº 7</b>	RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO DERECHO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN EL MAXILAR SUPERIOR.....	60
<b>FIGURA Nº 8</b>	RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO DERECHO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN MAXILAR INFERIOR.....	62
<b>FIGURA Nº 9</b>	RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO IZQUIERDO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN MAXILAR SUPERIOR.....	64
<b>FIGURA Nº 10</b>	RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO IZQUIERDO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN MAXILAR INFERIOR.....	66



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre la maloclusión dental y la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2025. **Materiales y métodos:** Enfoque cuantitativo, tipo prospectivo, transversal, observacional, nivel relacional, diseño no experimental y el método cuantitativo. La muestra 94 pacientes de 18 a 45 años, seleccionados por muestreo probabilístico aleatorio simple. La técnica la observación. Los instrumentos las guías de observación. **Resultados:** el 31.91% de pacientes eran del grupo joven y 68.09% adultos. Sobre el género, el 38.30% eran de género masculino y 61.70% femenino. En el lado derecho, prevaleció la maloclusión dental Clase II Sub1 en 38.30%, en el lado izquierdo la Clase II Sub 2 en 35.11%. El 58.51% presentaron recesión en ambos maxilares. A la prueba Ji-cuadrado de Pearson no existió relación significativa de la maloclusión dental lado derecho y ubicación de la recesión gingival ( $p=0.0663$ ) pero si existió relación significativa con la maloclusión lado izquierdo ( $p=0.0029$ ). Existió relación significativa entre la maloclusión lado derecho e izquierdo y la recesión gingival en el maxilar superior,  $p=0.0012$ ,  $p=0.0000$  respectivamente. Existe relación significativa de la maloclusión lado izquierdo y la recesión en el maxilar inferior,  $p=0.0106$ ; pero no existió relación significativa con la maloclusión lado derecho  $p=0.0948$ . **Conclusión:** La maloclusión dental del lado derecho e izquierdo tienen relación estadísticamente significativa con la recesión gingival del maxilar superior, también existe relación de la maloclusión lado izquierdo y la recesión gingival en el maxilar inferior; pero no existe relación con la maloclusión del lado derecho.

**Palabras clave:** diente, maloclusión, recesión gingival.



## ABSTRACT

**Objective:** To determine the relationship between dental malocclusion and gingival recession in patients at the Santa Adriana Juliaca 2025 Health Center.

**Materials and methods:** A quantitative approach was used: a prospective, cross-sectional, observational, relational approach, a non-experimental design, and a quantitative method. The sample consisted of 94 patients aged 18 to 45 years, selected by simple random probability sampling. The technique was observation. The instruments were observation guides. **Results:** 31.91% of patients were young and 68.09% were adults. Regarding gender, 38.30% were male and 61.70% female. On the right side, Class II Sub1 malocclusion was prevalent at 38.30%, and on the left side, Class II Sub 2 was prevalent at 35.11%. 58.51% presented recession in both jaws. Pearson's Chi-square test showed no significant relationship between right-sided malocclusion and location of gingival recession ( $p=0.0663$ ), but there was a significant relationship with left-sided malocclusion ( $p=0.0029$ ). There was a significant relationship between right- and left-sided malocclusion and gingival recession in the upper jaw,  $p=0.0012$  and  $p=0.0000$ , respectively. There was a significant relationship between left-sided malocclusion and lower jaw recession,  $p=0.0106$ ; but there was no significant relationship with right-sided malocclusion,  $p=0.0948$ . **Conclusion:** Right- and left-sided dental malocclusions are statistically significantly related to upper jaw gingival recession. There is also a relationship between left-sided malocclusion and lower jaw gingival recession; however, there is no relationship with right-sided malocclusion.

**Keywords:** tooth, malocclusion, gingival recession.



## INTRODUCCIÓN

La salud oral juega un rol importante en la salud general de todas las personas, no solo por su función masticatoria y fonética, sino también por su relevancia estética, así también en la calidad de vida. Dentro de una variedad de problemas que puede afectar la cavidad oral, las condiciones más frecuentes son la maloclusión y las recesiones gingivales, que, si bien al inicio pueden darse de forma independiente, poseen mismas etiologías y consecuencias clínicas que necesariamente deben ser analizadas en conjunto. (1)

Las maloclusiones dentales se describen como un desequilibrio en las alineaciones dentarias o en la relación oclusal inter maxilar. Estas alteraciones pueden dañar la estética facial y funcionalidad masticatoria, así también genera cargas anormales en el tejido periodontal. De igual forma, las recesiones gingivales se manifiestan por un desplazamiento de los márgenes gingivales con dirección a apical, revelando la superficie radicular juntamente con sensibilidad dentaria, lesiones cariosas a nivel radicular y alteraciones en la estética. (1)

Una variedad de estudios describe a las malposiciones dentarias, como una protrusión o inclinación vestibular o rotaciones, contribuyendo al desarrollo de recesiones gingivales, en especial al biotipo de la gingiva delgada, así como en la existencia de un trauma oclusal. Sin embargo, la evidencia aún no es concluyente, y resulta fundamental realizar investigaciones clínicas que profundicen en esta posible relación, sobre todo en contextos poblacionales específicos como el de Juliaca, donde factores ambientales, hábitos orales y



características anatómicas particulares pueden influir en la expresión clínica de ambas condiciones.

De tal forma, el actual estudio tiene como objetivo la evaluación de las relaciones dadas por la maloclusión dentaria y la retracción gingival en pacientes que acudieron al C.S. Santa Adriana durante el año 2025. A través de un enfoque clínico, se busca aportar evidencia local que permita orientar estrategias preventivas, terapéuticas y educativas desde la atención primaria de salud bucal.



## CAPÍTULO I

### ASPECTOS GENERALES

#### 1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las maloclusiones dentarias y la recesión de la encía se consideran dos condiciones prevalentes a nivel mundial que dañan de forma significativa la salud bucal y salud general de las personas. Las maloclusiones dentarias se definen como alineaciones anormales de las piezas dentales y los maxilares, siendo una causa frecuente en las alteraciones de diversas funciones como la masticación y estética facial. En paralelo, las recesiones de la gingiva, caracterizada por retracción de los márgenes gingivales más allá de la línea cemento y esmalte, son complicaciones frecuentes que se dan debido a la exposición de las raíces dentarias y una susceptibilidad incrementada hacia patologías del periodonto. (1)

Diversos estudios a nivel global han establecido que las malposiciones dentarias podrían ser causas predisponentes para que aparezca la recesión de la gingiva, ya que una inadecuada alineación dentaria generará una inadecuada distribución de fuerzas en la masticación, lo cual incrementa el riesgo de dañar las encías. A pesar de ello, los estudios sobre



esta relación son escasos y con frecuencia no toman en cuenta los distintos tipos de maloclusiones y su impacto en las estructuras del periodonto. La falta de un consenso en relación a los mecanismos que vinculan ambas condiciones, incrementa la importancia de seguir los estudios, con la finalidad de comprender las interrelaciones, y así brindar mejores tratamientos de prevención y terapéutica. (2)

En el Perú, el estado de la salud oral fue objeto de atención en las últimas décadas, a causa de las altas prevalencias en enfermedades dentarias en la población. De acuerdo a investigaciones nacionales, las malposiciones dentarias dañan a un importante porcentaje de la población peruana, lo que genera preocupación en la estética, así como en las funciones y salud en general. Las retracciones de la gingiva también es una patología frecuente, especialmente para adultos, y puede tener repercusión grave en la calidad de vida de las personas, al generar dolor, sensibilidad dentaria, y aun en casos más graves la pérdida dentaria. (3)

En Juliaca, se observó una alta prevalencia de maloclusiones dentales debido a factores genéticos, dietéticos y ambientales que pueden contribuir al mal desarrollo de la cavidad bucal. Además, la falta de acceso adecuado a tratamientos ortodónticos y preventivos en muchas áreas rurales de la región agrava la situación.

En el C.S. Santa Adriana-Juliaca se ha identificado un número significativo de pacientes que presentan maloclusión dental, pero no existen estudios



específicos que exploren la posible relación de estas alteraciones con la recesión gingival en esta población. La ausente información en relación a la interacción local, no permite desarrollar planes preventivos efectivos y personalizados a los individuos tratados. Este vacío en el conocimiento planteó la necesidad urgente de investigar cómo la maloclusión podría estar incidiendo en el desarrollo de la retracción de la encía, lo que va a permitir mejorar el diagnóstico y tratamiento de la población local.

## 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

### 1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la maloclusión dental y la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2025?

### 1.2.2. Problemas específicos

**PE<sub>1</sub>:** ¿Cómo es la relación entre la severidad de la maloclusión dental y la ubicación de la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana?

**PE<sub>2</sub>:** ¿Cuál es la relación entre la severidad de la maloclusión dental y la severidad de la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana?

## 1.3. JUSTIFICACIÓN

**JUSTIFICACIÓN TEÓRICA:** La maloclusión dentaria y la retracción de la encía son condiciones de salud oral de frecuencia alta, que afectan a una considerable cantidad de personas en el mundo. La maloclusión dentaria es una alteración donde se ve afectada la alineación dental y las estructuras maxilofaciales, lo que puede generar que se distribuya inapropiadamente



las fuerzas masticatorias, alterando la funcionalidad de la mordida y afectando la estética facial del paciente. Por otro lado, la retracción de la gingiva es una de las condiciones periodontales que se caracteriza por la retracción del margen gingival, lo que expone la raíz de los dientes, y aumenta el riesgo de presentar sensibilidad dentinaria, caries radiculares y otras complicaciones.

Estudios previos sugieren que la maloclusión dentaria podría ser un factor causal de la recesión de la gingiva, dado que las alteraciones en la alineación dental provocan un reparto desigual de las fuerzas durante la masticación, lo que puede contribuir al desgaste y daño de las encías. Sin embargo, aún no se comprende plenamente la magnitud y los mecanismos detrás de esta relación, especialmente en contextos geográficos y demográficos específicos como el de Juliaca. Por tanto, es necesario explorar esta conexión en profundidad para enriquecer los conocimientos actuales sobre cómo una maloclusión puede influir en la salud del periodonto, contribuyendo al desarrollo de la retracción gingival.

**JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA:** radica en la alta prevalencia tanto de la maloclusión como de la retracción gingival entre los pacientes del C.S. Santa Adriana. En la práctica odontológica diaria, los profesionales enfrentan el reto de tratar estos problemas de manera eficaz, y la falta de conocimiento respecto a la correlación que podría existir entre ambas condiciones complica aún más el diagnóstico y tratamiento adecuados.

La identificación de una posible correlación de la maloclusión dentaria y la retracción de la gingiva, permitirá al personal de salud bucal tomar



decisiones respecto a los tratamientos más efectivos, ya sea en el ámbito ortodóntico o periodontal, y cómo estos pueden prevenir o mitigar el impacto de la retracción de la gingiva. Además, el estudio de la población local permitirá desarrollar estrategias de prevención personalizadas que consideren las características sociodemográficas de los pacientes, optimizando los recursos disponibles y mejorando la calidad del cuidado dental en la región.

Además, la implementación de programas educativos enfocados en la importancia del tratamiento temprano de la maloclusión y la prevención de la retracción de la encía, basados en los resultados de esta investigación, contribuirá significativamente a la salud oral de los pobladores de Juliaca, promoviendo una mejor calidad de vida.

**JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA:** Metodológicamente, se aplicó un enfoque de investigación cuantitativo que permitió establecer una correlación precisa y medible de la maloclusión dentaria y la retracción de la gingiva en la población del C.S. Santa Adriana. Utilizando una guía de observación y así poder obtener información detallada sobre las características específicas de ambas condiciones en la muestra seleccionada.

Este enfoque metodológico también permitió categorizar de manera precisa los diversos tipos de maloclusión dentaria presentes en los pacientes, lo que facilitó el análisis de su posible relación con la recesión gingival. Además, el diseño de la investigación incluyó un muestreo adecuado, lo que garantiza que los resultados estadísticos sean representativos.



El uso de esta metodología permitió identificar patrones de relación entre las dos condiciones, contribuyendo a la formulación de conclusiones que no solo enriquecen la literatura científica sobre la salud bucal, sino que también ofrecen datos relevantes para la planificación de intervenciones clínicas específicas. Además, al aplicar un enfoque práctico y accesible, la metodología facilita la replicación del estudio en otras zonas geográficas con características similares, ampliando el impacto de éste estudio a nivel nacional e internacional.

## **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre la maloclusión dental y la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2025

### **1.4.2. Objetivos específicos**

OE1: Especificar la relación entre la severidad de la maloclusión dental y la ubicación de la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana.

OE2: Identificar la relación entre la severidad de la maloclusión dental y la severidad de la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana.



## 1.5. HIPÓTESIS

### 1.5.1. Hipótesis general

La maloclusión dental tiene relación estadísticamente significativa con la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2025

### 1.5.2. Hipótesis específicas

**HE<sub>1</sub>:** Especificar la relación entre la severidad de la maloclusión dental y la ubicación de la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana.

**HE<sub>2</sub>:** Identificar la relación entre la severidad de la maloclusión dental y la severidad de la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana.



## 1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
<b>V.X. MALOCLUSIÓN DENTAL</b>	- Severidad	- Clasificación de Angle	- Clase I - Clase II sub 1 - Clase II sub 2 - Clase III
<b>V.Y. RECESIÓN GINGIVAL</b>	- Ubicación  - Severidad	- Maxilar  - Clasificación de Miller	- No presenta - Maxilar Superior - Maxilar inferior - Ambos maxilares  - Clase I - Clase II - Clase III - Clase IV



## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTOS TEÓRICOS

#### 2.1. BASES TEÓRICAS

##### 2.1.1. Antecedentes de la investigación

###### A Nivel Internacional

**Simbaña ZP, et al. Ecuador 2023.** El propósito fue conocer la prevalencia de la maloclusión en los estudiantes de 14 a 18 años del nororiente de la ciudad de Quito. La metodología, investigación prospectiva, observacional, transeccional, el tamaño muestral fueron 203 alumnos de 14 a 18 años. Analizaron clínicamente las maloclusiones. Los resultados, la frecuencia de maloclusión fue 37,90%. Concluyen que la prevalencia de maloclusión dentaria fue baja. (4)

**Ramos AL, et al. Cuba 2023.** El propósito fue especificar los factores predisponentes relacionados con la retracción de la gingiva en adolescentes de la consulta dental privada de Santa Clara. La metodología, investigación prospectiva, transeccional, diseño no experimental, el tamaño muestral 141 pacientes adolescentes entre



10 a 19 años. Se evaluó el grupo etario, el sexo, la presencia de retracción gingival así como su tipo, extensión, dientes donde se presentó la recesión, biotipo gingival, presencia de placa y cálculo dental, inflamación gingival, malposición de los dientes, frenillos aberrantes. Los resultados: La retracción de la gingiva se presentó en mayor frecuencia en 24.3% de pacientes de 16 a 19 años y en varones en 35,4%. Los dientes más afectados fueron los incisivos inferiores centrales en 63,4%. Predominando la placa bacteriana en 35,8%, malposición de los dientes en 23,5%, frenillos patológicos en 74,1%. Concluyen que la retracción de la encía se presenta a temprana edad. Los factores relacionados con la retracción de la encía fueron la placa, la inflamación gingival, la malposición de los dientes, los frenillos aberrantes y el biotipo de la gingiva. (1)

**Cavieres B, et al. Cuenca 2022.** El fin fue especificar los factores predisponentes y su asociación con la frecuencia de retracciones gingivales en estudiantes de Estomatología de la Universidad Los Andes. La metodología, investigación prospectiva, transeccional, el tamaño muestral 311 estudiantes entre 17 a 29 años. Los investigadores evaluaron clínicamente la gingiva con una sonda calibrada, para el hallazgo de retracciones gingivales. Las hipótesis fueron contrastadas con la  $X^2$ . Los resultados, los estudiantes en el 93,56% presentaron mínimamente una retracción en las encías. Las piezas dentarias que presentaron más retracciones gingivales fueron los primeros molares superiores, premolar izquierdo mandibular y el



incisivo derecho mandibular; y las piezas con mayor severidad de retracción de la gingiva fueron el incisivo superior derecho, incisivo mandibular izquierdo, y el canino mandibular derecho. El factor predisponente de mayor predisponibilidad fue el tratamiento de ortodoncia en 75,2%. El bruxismo se relacionó con el número de retracciones gingivales en 60,7%. Concluyen que las retracciones de la encía a nivel vestibular fueron frecuentes en los alumnos. (5)

**Pascual D, et al. Madrid 2021.** El fin fue conocer la frecuencia de maloclusiones en alumnos de Estomatología de la Universidad San Pablo. La metodología, tipo prospectivo, observacional, transeccional, el tamaño muestral 87 casos, evaluaron las maloclusiones dentarias de los alumnos según la Clasificación de Angle. Los datos se procesaron en el paquete SPSS v-24, y la hipótesis fue contrastada con la prueba Ji cuadrado. Los resultados: respecto al género de los estudiantes, el 77% fueron mujeres y 23% varones, prevaleciendo en ambos géneros la Clase I de Angle. Concluyen que la Clase maloclusión dentaria clase I fue la que se presentó frecuentemente. (6)

**Ardani IGAW, et al. Indonesia 2020.** El fin fue examinar la recurrencia de las retracciones de la encía entre las clases de maloclusiones. La metodología, investigación prospectiva, transversal, evaluaron a pacientes adultos. En los resultados el 67,9% fueron del género masculino y 32,1% femenino con recesión



gingival y con maloclusión dental. La edad más afectada fue de 31 a 35 años. La maloclusión dentaria II div-1 predominó en pacientes con recesión. En el análisis estadístico entre respecto a la ubicación de la retracción y el tipo de maloclusión dentaria se halló asociación negativa  $p=444$  ( $p > 0.05$ ). Existiendo significativa relación entre el género y la ubicación de la retracción, evidenciándose presencia de recesión gingival en dientes anteriores de los varones  $p=0,051$  ( $p < 0,05$ ). Concluyen que la edad más afectada fue entre los 31 a 35 años y respecto al género se presentó más en los varones. Asimismo, la clase de maloclusión dentaria con retracción gingival fue la clase II div-1.(2)

**Cambino CH, et al. Colombia 2020.** El fin fue especificar la frecuencia de maloclusión dentaria clase III en pacientes de la clínica dental con especialidad en ortodoncia y odontopediatría de la Universidad del Valle. La metodología, investigación descriptiva, transeccional, el tamaño muestral fueron 108 pacientes de 5 a 21 años de edad. Se trabajó con estadística descriptiva. Se categorizaron los indicadores: sexo, edad, presencia de maloclusión dentaria clase III. Los resultados, prevaleció la clase III en 26%, y on hubo diferencia respecto al género. Concluyendo que existió alta prevalencia de maloclusión dentaria clase III. (7)

**Montes de Oca KI, et al. México 2020.** El fin fue especificar la frecuencia de maloclusiones dentarias en pacientes del Programa



de Brigadas de odontología de la Facultad de Estomatología de la UNAM, en Tabasco. La metodología, tipo transeccional, el tamaño muestral 244 pacientes entre 6 a 18 años; a quienes evaluaron la presencia de maloclusiones según Angle. Los resultados: en el lado derecho, el 48.77% de pacientes presentaban maloclusión dentaria clase I, la clase II en 22.95% y la clase III en 15.16%; del lado izquierdo el 51.64% presentaban clase I, la clase II en el 18.44% y la clase III en 15.98%. Concluyendo que la prevalencia de las maloclusiones prevaleció la Clase I. (8)

**Amaro Y, et al. Chile 2020.** El fin fue especificar la frecuencia de retracciones de la encía y conocer los factores predisponentes, en alumnos de la ciudad de Valdivia. La metodología, investigación prospectiva, transversal, el tamaño muestral 310 alumnos, evaluaron la presencia, tipo y ubicación de las recesiones según las clases de Miller. Se empleó sonda periodontal calibrada y se entregó un cuestionario. Los resultados, la retracción gingival prevaleció en 68,4%. La retracción clase I prevaleció en 97,7% sobre todo en dientes inferiores en 64,8%, y específicamente en premolares inferiores en 47,7%. Concluyen que existe alta prevalencia de retracciones de la gingiva en alumnos y la higiene fue deficiente realizando un cepillado dental de baja frecuencia. (9)



## A Nivel Nacional

**Condori WW. Tacna 2024.** El fin fue conocer la frecuencia de maloclusiones dentarias según clasificación de Angle y las maloclusiones de tipo esquelético en alumnos. La metodología, enfoque cuantitativo, investigación descriptiva, transeccional. El tamaño muestral 59 alumnos. El instrumento para la maloclusión dentaria fue la clasificación de Angle plasmada en la ficha odontológica, y para la maloclusión esquelética el análisis de Steiner. Los resultados. Las maloclusiones según Angle que prevalecieron en el 2023 fueron la Clase I en 71.4%, la clase II en 23.8% y la Clase III en 4.8% y la incidencia de la maloclusiones esqueléticas según el análisis de Steiner fue clase I fue de 60.0% y clase II en 66.6%. Concluyendo que en el plano sagital, no existió significativa correlación de la maloclusión dentaria y esquelética. (10)

**Guillen TR. Huancavelica 2023.** El objetivo fue establecer la asociación de la maloclusión dentaria y la retracción gingival en adultos de Chacarilla en Yauli. La metodología, estudio tipo básico, transversal, correlacional, prospectivo, diseño no experimental. El tamaño muestral 80 adultos. Para la variable recesión gingival se empleó la clasificación de Miller la cual se registró en la ficha de recojo de datos y para la maloclusión dentaria se aplicaron la diferentes clases de Angle. Los resultados, no hay significativa relación de la maloclusión y ausencia de retracción de la gingiva ( $p = 0,055$ ). Sin embargo, hallaron correlación de la maloclusión



dentaria y la retracción de la encía ( $p=0,000$ ). Respecto al género, existe significativa correlación de la maloclusión dentaria clase I y el género femenino ( $p = 0,015$ ). A su vez, hallaron correlación de la retracción de la encía clase I en las mujeres ( $p=0,000$ ). Sobre la edad hubo correlación significativa con la maloclusión dentaria clase I en las edades de 45 a 53 años ( $p=0,000$ ). También, halló correlación de la retracción de la encía clase I con las edades de 45 a 53 años ( $p=0,021$ ). A la prueba de  $Ji^2$  se halló correlación de la maloclusión dentaria y la retracción de la gingiva ( $p < 0,05$ ). Concluyen que hay significativa correlación de la maloclusión dentaria y la retracción gingival en adultos. (3)

**Condori A. Arequipa 2021.** El propósito fue especificar la influencia de la maloclusión dentaria en la retracción gingival. La metodología, investigación prospectiva, transeccional, observacional, comparativa. La técnica la observación clínica. La recesión se evaluó según la clasificación de Miller. Emplearon la prueba  $Ji^2$ . Los resultados, la maloclusión dentaria influyó significativamente en la retracción gingival en 51.52%. Concluye que la recesión gingival estuvo influenciada por la maloclusión dentaria.(11)

**Corzo KE, Paz E. Piura 2020.** El fin fue determinar la frecuencia de maloclusión dental en pacientes adultos de la Clínica Esomatológica Universitaria de Piura. La metodología, investigación prospectiva,



observacional, transeccional, el tamaño muestral 125 pacientes adultos, y se evaluó clínicamente la maloclusión según las clases de Angle, se empleó la ficha de datos. Los resultados, la maloclusión dentaria clase I prevaleció en 77.60%. Respecto a la edad, la clase I prevaleció en el grupo etario de 18-29 años en 78.1%, 30-59 en 74.6% y de 60 a más años en 100%. Sobre el género, la maloclusión dentaria que predominó fue clase I en los varones en 76.9% y en las mujeres en 77.9%. Concluyen que, prevaleció la maloclusión dentaria clase I en los pacientes. (12)

**Arroyo FP. Lima 2020.** El fin fue analizar las relaciones de los factores oclusales y la retracción gingival en alumnos de Estomatología de la Universidad Federico Villarreal. La metodología: investigación prospectiva, transeccional, el tamaño muestral 116 alumnos, en edad de 18 y 29 años. Se observó clínicamente a nivel intraoral la presencia de retracciones gingivales y los factores oclusales como la relación oclusal. Los resultados: se halló frecuencia de 80.17% de recesiones gingivales sobre todo en mujeres, existiendo asociación de la relación interoclusal y la retracción de la gingival  $p < 0.05$ , también hubo asociación de las rotaciones dentales y la retracción gingival  $p = 0.0001$ . La maloclusión se presentó en el lado derecho en 89.6% y se relacionó con la recesión gingival. Y la maloclusión de lado izquierdo no se relacionó con la recesión  $p > 0.05$ . Concluyendo que hubo correlación positiva de los factores oclusales y la retracción de la gingiva. (13)



## a Nivel local

**Camapaza DM. Puno 2024.** El fin fue conocer la frecuencia de maloclusión dentaria en alumnos con procedencia quechua-aimaras en una universidad en Puno. La metodología: investigación descriptiva, transeccional, prospectiva. Se recogieron datos referidos a edad, sexo, procedencia (Chucuito o Azángaro) y la maloclusión de Angle (Clase I, II y III. El tamaño muestral 166 estudiantes universitarios de Azángaro (quechuas) y 101 estudiantes de Chucuito (aimaras). Los resultados: prevaleció la maloclusión clase I de Angle en alumnos quechuas en 76.5%, Clase II 9% y Clase III en 14.5%. En alumnos aimaras la frecuencia de maloclusión clase I fue de 59.4%, en 25.7% Clase II y en 14.8% la Clase III. Sobre el género, predominó la maloclusión clase I en ambos géneros y en ambos grupos aimaras y quechuas, la Clase II prevaleció en mujeres aimaras y la Clase III en ambos géneros de pobladores quechuas. Sobre la edad el grupo más afectado estuvo en edades de 17 a 22 años. Concluyó que la prevalencia fue alta de maloclusiones dentarias en los alumnos de universitarios de procedencia de Chucuito y Azángaro .(14)

**Vega FA. Puno 2021.** El fin fue conocer la frecuencia de retracción gingival en el personal de tropa de la 4° Brigada de Montaña en Puno. La metodología, investigación prospectiva, corte transversal, observacional, el tamaño muestral 120 jóvenes y 480 piezas dentales. El instrumento la ficha de observación. Para registrar la



presencia de recesión de la encía se trabajó con el periodontograma. Los resultados, de 480 piezas dentarias, el 31.46% presentaban recesión clase I, la clase II en 65.21% y la clase III en 3.33%. Concluyendo que prevaleció la recesión gingival Clase II. (15)

## 2.2. MARCO TEÓRICO

### 2.2.1. Maloclusión dental

La oclusión se describe como una correlación de los dientes maxilares con los mandibulares, al tener contacto en las funciones de masticación, durante los desplazamientos de la mandíbula considerando la forma y función estética como dinámica, las cuales conforman el sistema estomatológico. (16)

La actividad de mayor estudio en la cavidad bucal es la Oclusión dental, considerando que la característica de la dentición decidua será fundamental para la erupción de la dentadura definitiva. El propósito de la oclusión es triturar los alimentos, tratando de descomponer en pequeñas partículas que permita una fácil deglución.(17)

Se define a la maloclusión como una oclusión irregular de los dientes. Los cuales no se ubican en el orden cotidiano en respecto a las piezas dentarias adyacentes de la propia maxila, al entrar en contacto ambos maxilares al ocluir. (18)



La maloclusión dentaria hace referencia a irregularidades en las alineaciones de los dientes o relación entre ambos maxilares. Pudiendo manifestarse de una variedad de formas, como apiñamientos, separaciones o mal alineados. Las maloclusiones pueden darse de forma hereditaria o adquirida a consecuencia de una pérdida prematura de piezas dentarias, hábitos orales deficientes o lesiones en el rostro. (18)

Para Angle, las maloclusiones se consideran como modificaciones en el crecimiento y desarrollos en las piezas dentarias. Para la Ortodoncia al dar un diagnóstico nace desde lo que significa una normo oclusión, juntamente con lo que se describe como la "oclusión ideal". (17)

La terapéutica para la Ortodoncia convencional se considera el menos común en las personas habitualmente, una oclusión perfecta es el objetivo ideal y teórico que es difícil de lograr y ser tratado. Se menciona de un ideal como una forma referencial a la que se quiere llevar la terapéutica, más este no es el punto de inicio para diferenciar lo anormal de lo normal. (17)

Las complicaciones durante el desarrollo y crecimiento normal de ambos maxilares, así como en la postura correcta de los dientes, en anatomía y forma correcta de las piezas dentales, generando maloclusiones se deriva de las alteraciones del aparato



estomatognático. En las diversas causas que crean estos problemas, se considera a los factores genéticos y medio ambientales como los de mayor relevancia. (19)

Maloclusión es una terminología frecuente y de fácil entendimiento, más no debe ser interpretado como lo contrario a una norma oclusión. Hay un límite pequeño entre las maloclusiones y lo normal, entendiéndose como hechos reales biológicos que van de la mano. El término de maloclusión es frecuente y común, hace referencia principalmente a los casos que necesitan tratamiento Ortodóntico, pero no una desviación de las oclusiones ideales. Clasificar de normal o anormal una oclusión, según sus grados, se debe dar de manera individualizada en cada paciente. (20)

## - ETIOLOGÍA DE LA MALOCLUSIÓN

**FACTORES GENERALES:** Se consideran a los factores genéticos, defectos al nacer, entorno ambiental, déficits nutricionales, malos hábitos de stress, así como disfunciones, postura, alguna lesión o accidente. (20)

**FACTORES LOCALES:** Están la cantidad anormal de piezas dentarias, dientes supernumerarios, ausencias dentarias congénitas, tamaño anormal de las piezas dentales, frenillos labiales patológicos, barrera de mucosa, pérdidas prematuras de los órganos dentarios, retención prolongada, erupciones tardías, trayecto



patológico en la erupción dentaria, lesiones cariosas, anquilosis y restauración deficiente en las piezas dentarias. (20)

## **-CLASIFICACIÓN DE ANGLE**

La clasificación dada por Edward Angle, el cual es catalogado como padre de la Oclusión Dental, es la clasificación más empleada. (21)

Angle consideró para determinar su clasificación al primer molar del maxilar superior de ambas hemiarquadas, puesto que es un diente que está bien conformado de manera anatómica, formando la llave al relacionarse con su antagonista, considerando así también a los caninos. (22)

Se determina tres tipos de clases en la maloclusión dental, teniendo en cuenta la anatomía de las primeras molares y, resaltando en el 1° molar superior permanente la cúspide mesio-vestibular que entra en oclusión con el surco mesio-vestibular del 1° molar mandibular permanente. Se concluye que, al existir un adecuado engranaje entre los dientes, la persona presentará una adecuada respiración, masticación, deglución y fonación, ya que hay una relación correcta entre el conjunto de elementos que forman la boca. (23)

- **CLASE I:** Es particular según la relación habitual mesiodistal de ambas arcadas dentarias, basado en una oclusión normal en los primeros molares. Una maloclusión clase I se presenta por medio de



apiñamientos, giro-versiones, espacios, piezas protruidas o ensanchados, o piezas retrusivas o verticales. (24,25)

○ **CLASE II Y SUS DIVISIONES:** Se presenta la cúspide mesio-vestibular de 1° molares definitivos del maxilar superior, al ocluir por distal del surco mesio-vestibular del 1°molar definitivo de la mandíbula.(22) Se presentan dos subdivisiones.

Las maloclusiones Clase II, presenta una oclusión que no es frecuente, se genera cuando los dientes anteriores y la mandíbula poseen una dirección hacia adelante a comparación de los dientes mandibulares. Dando un aspecto de perfil convexo con el mentón y los labios inferiores hundidos. El problema en la clase II detalla un crecimiento inapropiado de la arcada inferior, un aumento descomunal de la arcada superior o una mezcla de ambas problemáticas. (25)

- **CLASE II SUB 1:** Se describe como la fistulización de las piezas dentarias de ambas arcadas durante la oclusión. Presenta un Over Jet alterado, se incrementa ya que las piezas dentales incisales se protruyen, teniendo en ocasiones una mordida profunda. En situaciones clínicas de mayor complejidad se presentan las piezas dentarias anteriores cubriendo el labio de mandíbula.(26)



- **CLASE II SUB 2:** La mordida se encuentra disminuida, ya que las coronas clínicas de las piezas dentarias anteriores se encuentran retruidas. Al modificarse la mordida, las piezas dentales anteriores se palatinizan de tal manera que se modifica el perfil facial.(27)

Se caracteriza en esta división que la primera molar inferior se distaliza en relación a las piezas dentarias antagonistas.  
(27)

o **CLASE III:** Se da cuando la cúspide mesio-vestibular de los 1°s molares permanentes del maxilar superior ocluyen por mesial con el surco mesio-vestibular de los 1°s molares permanentes mandibulares. En esta clase se puede dar apiñamiento dental, linguo-versiones de las piezas dentarias anteroinferiores y caninos, lo cual se produce debido a que el individuo fuerza el sellado labial, tratando de disimular su maloclusión. Las personas que presentan prognatismo del maxilar inferior, retrusiones maxilares o ambas. El perfil en estos individuos es cóncavo y en ocasiones es recto.(28)

Las dificultades en la clase III describen un crecimiento descomunal de la mandíbula, teniendo una insuficiente evolución del maxilar inferior, y así como en la clase II, esta clase puede ser hereditaria por causas genéticas. (29)



### **2.1.2.1 RECESIÓN GINGIVAL**

Es la patología de progreso lento, es destructivo, donde las encías adheridas de las piezas dentarias o solo de una, se posicionan con dirección a apical en relación a las uniones esmalte-cemento, algunas veces se presenta en la unión mucogingival y mucosas. (30,31)

Diversos autores detallan que la recesión de la gingiva es la migración de los márgenes de la gingiva hacia apical por medio de la superficie radicular. (31)

También es definido como el movimiento hacia apical del contorno gingival a la adherencia amelo-cementaria o UCE. Esta recesión gingival esta simbolizada por variaciones periodontales atróficas.(32)

### **- ETIOLOGÍA DE LA RECESIÓN GINGIVAL**

Distintas causas desencadenan la presencia de retracción de las encías, tales como maloclusión dentaria, cepillado dental, usos de aparatología en ortodoncia, dimensiones no adecuadas de los tejidos queratinizados, periodontos delgados, gingivitis por cálculos dentarios, edad y demás. (31)

Las inserciones aberrantes de un frenillo es otra causa, mas no existe mayor evidencia. La presencia de investigaciones demuestra



relación entre estos, así también en los que no existe correlación.(33)

Los traumatismos crónicos, debido a una inadecuada limpieza oral daña corporalmente los tejidos gingivales. El uso inadecuado del cepillo dental, así como el conjunto de componentes para la limpieza oral en los contornos de la gingiva de forma diaria, conlleva de forma progresiva y pausada a una retracción de la gingiva, en el transcurso de cada año de las personas. (32)

La patología de la inflamación crónica del periodonto, así como la degradación ósea de forma gradual de las dolencias periodontales, llegando a las degradaciones óseas de manera prolongada, evidenciando el movimiento gingival apical, así como las raíces expuestas. (32)

Los traumatismos oclusales primarios a causa de un incremento en la demanda de funciones, generado por la carga excesiva de fuerzas oclusales, creando una extensión amplia y progresiva de los tejidos periodontales, principalmente de aquellos que se adhieren al área cervical de las crestas óseas, causando la retracción gingival. (32)

Los dientes que se afectan más en las recesiones gingivales varían según el rango etario de las personas, los incisivos y premolares de la mandíbula se ven más dañados en la adultez, y los molares



superiores son más afectados durante la niñez y en la adolescencia se dañan las piezas incisales inferiores permanentes.(34)

## - CLASIFICACIÓN DE MILLER

Las clasificaciones de Miller son las más usadas para determinar el grado de severidad de la retracción de la encía, esta fue propuesta en 1998 (35). Existen cuatro clases:

- **Clase I:** El margen gingival con recesiones, estas no llegan a la adherencia mucogingival. No se presenta degradación de tejidos periodontales, es decir de hueso o tejido blando en la zona interproximal, existiendo recubrimiento radicular por completo. (35)
  
- **Clase II:** El margen gingival se encuentra retraído, la ampliación llega hasta la adherencia mucogingival. Se conserva la degradación del periodonto, tanto en tejidos blandos como en el tejido óseo en la zona interdental, teniendo un recubrimiento de la raíz al 100%. (35)
  
- **Clase III:** Los tejidos del margen gingival se encuentran retraídos, llegando a ampliarse hasta la adherencia mucogingival, presentando degradación ósea. (35)
  
- **Clase IV:** Los tejidos marginales se presentan retraídos, llegando la ampliación más allá de las adherencias mucogingivales. (30,35)



## 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **OCLUSIÓN:** Es la relación existente entre los dientes de los dos maxilares, al encontrarse en contacto durante la función de masticación, al realizar desplazamientos en el maxilar inferior, considerándose su forma y funciones dinámicas y estéticas, las cuales forman parte del aparato estomatognático. (16)
- **MALOCLUSIÓN:** Es la oclusión anómala, donde las piezas dentarias no están en la ubicación correcta en relación a piezas dentarias adyacentes del mismo maxilar al entrar en oclusión. (18)
- **CLASIFICACIÓN DE ANGLE:** Es la clasificación dada por Edward H. Angle, se aplica con la finalidad de identificar los tipos de maloclusiones que posee un individuo. (21)
- **RECESIÓN GINGIVAL:** Patología de avance lento, progresivo y de característica destructiva, donde las encías adheridas de un diente o más, se localizan con dirección a apical en relación a las uniones cemento-esmalte, involucrando a veces la unión mucogingival y mucosas proximales. (30,31)
- **CLASIFICACIÓN DE MILLER,** Es la clasificación de mayor uso, que ayuda a determinar la severidad de la retracción gingival, esta clasificación se dió en 1998. (35)

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

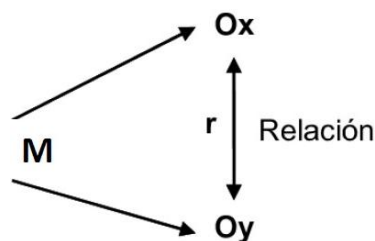
#### 3.1. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Enfoque cuantitativo, consistió en explorar y responder preguntas planteadas para contrastar las hipótesis.(36)

Tipo prospectivo, transversal, observacional. Los datos se recogieron en tiempo futuro y en un solo momento y fue observacional porque se observaron situaciones que ya existen.(37)

Nivel relacional ya que se intentó correlacionar las variables.(38)

Diseño no experimental porque no se construyó ninguna situación nueva.  
(38)



Método cuantitativo porque se realizó procesamiento y análisis estadístico.(36)

#### 3.2. ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

Centro de Salud Santa Adriana.

### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población conformada por 272 pacientes adultos de 18 a 45 años que acudieron en enero del 2025 al C.S. Santa Adriana. El tamaño muestral 94 adultos, seleccionados por muestreo probabilístico aleatorio simple.

$$n = \frac{N \times Z_{(0,975)}^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z_{(0,975)}^2 \times p \times q}$$
$$n = \frac{298 \times 1.96^2 \times 0.9 \times 0.1}{0.05^2 \times (298 - 1) + 1.96^2 \times 0.9 \times 0.1}$$

$$n = \frac{130.691232}{1.0882} = 94.680860$$

$$n=94$$

#### **Criterios de Inclusión:**

- Adultos de 18 a 45 años
- Que no eran portadores de prótesis dental
- Que presentaban llave molar
- Que desearon participar voluntariamente en la investigación.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Adultos mayores de 45 años
- Portadores de prótesis dental o con tratamiento de ortodoncia
- Que no presentaron llave molar
- Que no deseaban participar voluntariamente en el estudio

### 3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

VARIABLE	TÉCNCA	INSTRUMENTO
Maloclusión dental	Observación	Guía de Observación
Recesión gingival	Observación	Guía de Observación

#### - VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS:

Se elaboraron 2 guías de observación dónde se incluyeron datos referentes a la edad y género del paciente. En la primera guía se incluyó la clasificación de Angle para la variable maloclusión dentaria. En la otra guía se incluyó el periodontograma en el cual se graficó la ubicación y severidad de la retracción gingival según la clasificación de Miller. Las guías fueron validadas por criterio de 3 expertos.

### 3.5. RECOGIDA DE DATOS

- Se obtuvieron los permisos para proceder con el recojo de datos.
- Se evaluó la clase de maloclusión dentaria según Angle en: clase I, II sub-1 y 2 y clase III.
- Inmediatamente se observó si presentaban o no recesión gingival, así como la ubicación de la recesión si era en maxilar superior, inferior o en ambos maxilares.
- También se observó en las zonas con recesión, la severidad de ésta según la clasificación de Miller:
  - o Recesión gingival clase I, II, III y IV.



El procesamiento estadístico fue realizado con el SPSS v28 y los resultados se presentan en tablas. Las hipótesis planteadas se contrastaron con la prueba de Ji.-cuadrado.



## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. PRESENTACIÓN

**TABLA N° 1**  
**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES**  
**ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA**  
**JULIACA 2025**

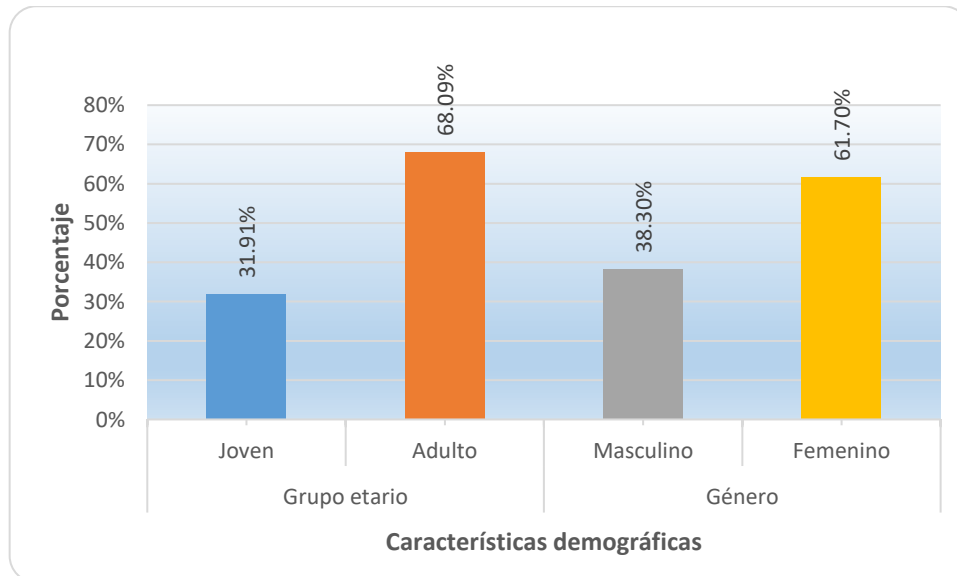
Características demográficas	n	%
Grupo etario		
Joven	30	31.91
Adulto	64	68.09
Género		
Masculino	36	38.30
Femenino	58	61.70

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

Nota: N = 94 pacientes

Fuente: matriz de sistematización de datos

**FIGURA N° 1**  
**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES**  
**ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA**  
**JULIACA 2025**



Fuente: Tabla N° 1.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La Tabla N° 1 presenta la distribución de las características demográficas de 94 pacientes que acudieron al C.S. Santa Adriana en Juliaca 2025.

Según el grupo etario, el 31.91% (30 pacientes) pertenecían al grupo joven y el 68.09% (64 pacientes) eran adultos. En cuanto al género, el 38.30% (36 pacientes) fueron varones y el 61.70% (58 pacientes) mujeres.

La mayor parte de los pacientes eran adultos y mujeres, lo que indica una mayor prevalencia en mujeres adultas atendidas por esta condición.

**TABLA 2**  
**MALOCLUSIÓN DENTAL DE PACIENTES DEL C.S. SANTA ADRIANA**

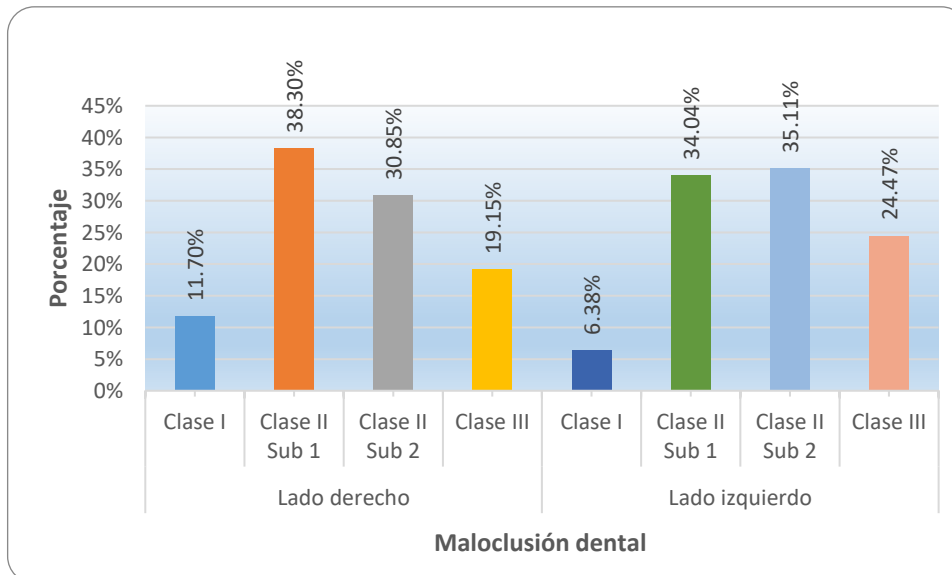
Maloclusión dental	n	%
Lado derecho		
Clase I	11	11.70
Clase II Sub 1	36	38.30
Clase II Sub 2	29	30.85
Clase III	18	19.15
Lado izquierdo		
Clase I	6	6.38
Clase II Sub 1	32	34.04
Clase II Sub 2	33	35.11
Clase III	23	24.47

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

Nota: N = 94 pacientes (100%)

Fuente: matriz de sistematización de datos

**FIGURA 2**  
**MALOCLUSIÓN DENTAL DE PACIENTES DEL C.S. SANTA ADRIANA**



Fuente: Tabla N° 2.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La Tabla N° 2 muestra distribución de la maloclusión dentaria de pacientes del C.S. Santa Adriana.

Se presentó la maloclusión dental en ambos lados de la cavidad oral. En el lado derecho, el tipo más frecuente fue la Clase II Sub 1 con 38.30% (36 pacientes), seguida por la Clase II Sub 2 con 30.85% (29 pacientes). La Clase III representó el 19.15% (18 pacientes), y la Clase I el 11.70% (11 pacientes). En el lado izquierdo, la Clase II Sub 2 se presentó en mayor frecuencia en 35.11% (33 pacientes), seguida de la Clase II Sub 1 (34.04%), Clase III (24.47%) y Clase I (6.38%).

La maloclusión Clase II en sus dos subdivisiones predominó en ambos lados, lo que sugiere una posible relación con alteraciones gingivales.

**TABLA N° 3**  
**UBICACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DEL**  
**C.S. SANTA ADRIANA**

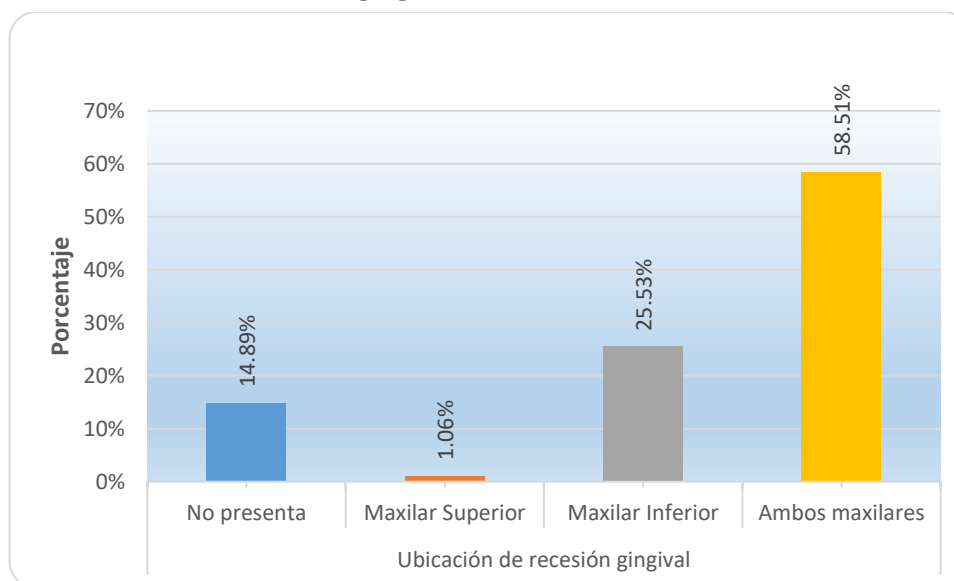
Ubicación de recesión gingival	n	%
No presenta	14	14.89
Maxilar Superior	1	1.06
Maxilar Inferior	24	25.53
Ambos maxilares	55	58.51
Total	94	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

Nota: N = 94 pacientes (100%)

Fuente: matriz de sistematización de datos

**FIGURA N° 3**  
**UBICACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DEL**  
**C.S. SANTA ADRIANA**



Fuente: Tabla N° 3.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La Tabla N° 3 detalla la frecuencia de ubicación de la recesión gingival en los pacientes del C.S. Santa Adriana.

Se evaluó en qué zona anatómica se localizó la recesión gingival. El 58.51% (55 pacientes) presentó recesión en ambos maxilares. El 25.53% (24 pacientes) solo en el maxilar inferior. El 1.06% (1 paciente) solo en el maxilar superior. El 14.89% (14 pacientes) no presentaron recesión gingival.



La gran mayoría presentó recesión en ambos maxilares, con escasa proporción sin recesión, lo cual confirma una alta prevalencia del problema.

**TABLA N° 4  
SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL**

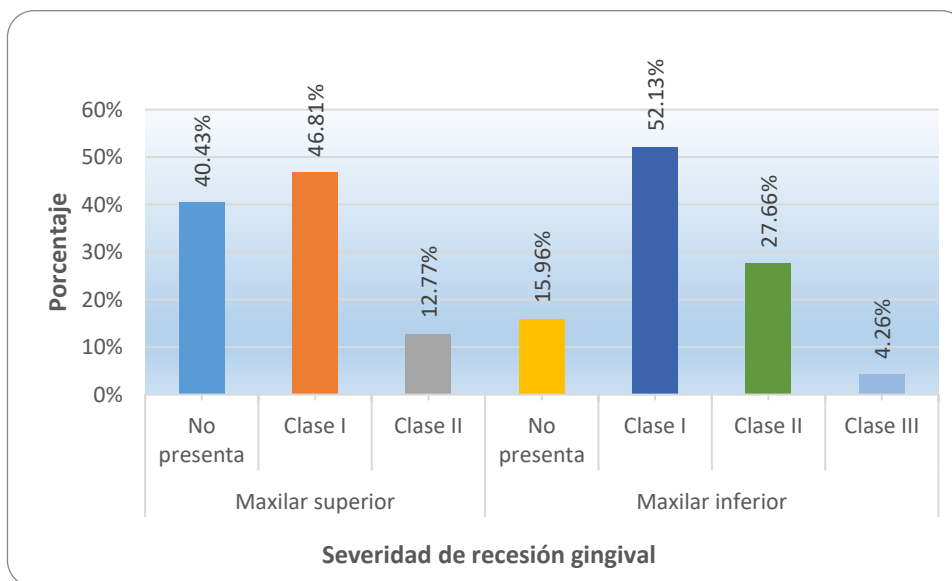
Severidad de recesión gingival	n	%
<b>Maxilar superior</b>		
No presenta	38	40.43
Clase I	44	46.81
Clase II	12	12.77
<b>Maxilar inferior</b>		
No presenta	15	15.96
Clase I	49	52.13
Clase II	26	27.66
Clase III	4	4.26

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

Nota: N = 94 pacientes (100%)

Fuente: matriz de sistematización de datos

**FIGURA N° 4  
SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL**



Fuente: Tabla N° 4.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La Tabla N° 4 distribuye la severidad de recesión gingival de pacientes del C.S. Santa Adriana.

Respecto a la recesión gingival, por su severidad en ambos maxilares:

en el maxilar superior, el 46.81% (44) presentaron recesión Clase I, el 12.77% (12 pacientes) Clase II y el 40.43% (38 pacientes) no presentó recesión. En el maxilar inferior, el 52.13% (49 pacientes) presentó recesión Clase I, el 27.66% (26 pacientes) Clase II, el 4.26% (4 pacientes) Clase III, y solo el 15.96% (15 pacientes) no presentaron recesión.

Prevaleció la recesión Clase I en ambos maxilares, siendo el maxilar inferior el más afectado en grados de severidad.

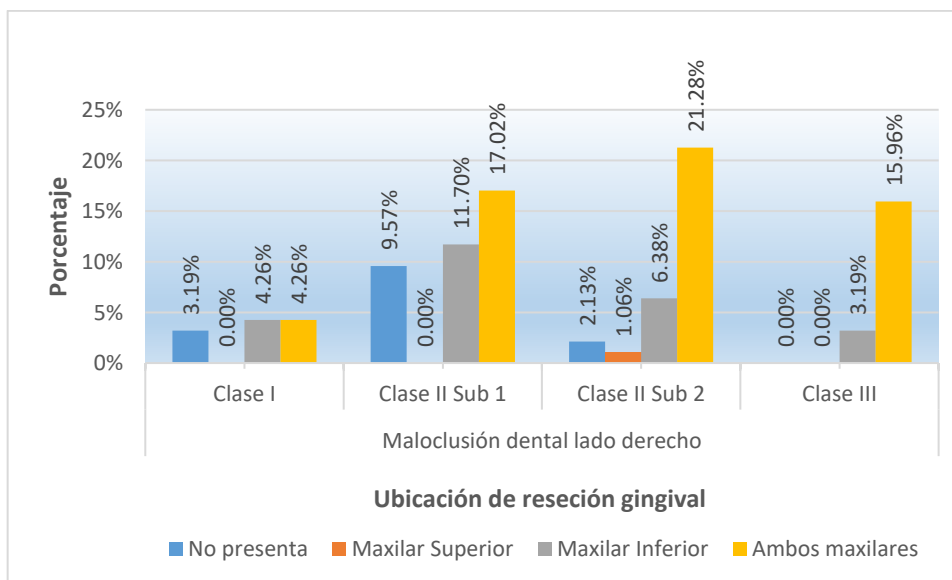
**TABLA N° 5**  
**RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO DERECHO Y LA UBICACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL**

Maloclusión dental lado derecho	Ubicación de recesión gingival									
	No presenta		Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Ambos maxilares		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Clase I	3	3.19	0	0.00	4	4.26	4	4.26	11	11.70
Clase II Sub 1	9	9.57	0	0.00	11	11.70	16	17.02	36	38.30
Clase II Sub 2	2	2.13	1	1.06	6	6.38	20	21.28	29	30.85
Clase III	0	0.00	0	0.00	3	3.19	15	15.96	18	19.15
Total	14	14.89	1	1.06	24	25.53	55	58.51	94	100.00

Nota: El valor del estadístico Ji – cuadrado fue  $X_c^2 = 16.0270$ , y tuvo una significancia  $p = 0.0663$ .

Fuente: matriz de sistematización de datos

**FIGURA N° 5**  
**RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO DERECHO Y LA UBICACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL**



Fuente: Tabla N° 5.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La Tabla N° 5 analiza la relación entre la severidad de la maloclusión dental lado derecho y la ubicación de la recesión gingival.

La maloclusión dentaria clase II Sub-1 tuvo el mayor porcentaje de recesión en ambos maxilares (17.02%) y también sólo en el maxilar inferior (11.70%). La maloclusión Clase II Sub 2 se asoció con recesión en ambos maxilares (21.28%) y maxilar inferior (6.38%). La maloclusión Clase III presentó alta recesión en ambos maxilares (15.96%) y algo menor en el inferior (3.19%).

La recesión en ambos maxilares fue más frecuente en pacientes con maloclusión Clase II y Clase III, particularmente del lado derecho.

No existió significativa correlación entre la severidad de la maloclusión dentaria lado derecho y la ubicación de la recesión gingival en pacientes del C.S. Santa Adriana, donde el nivel de probabilidad de error de la prueba  $\chi^2$  de Pearson fue  $p = 0.0663$  fue  $>$  al nivel de significancia  $\alpha=0.05$

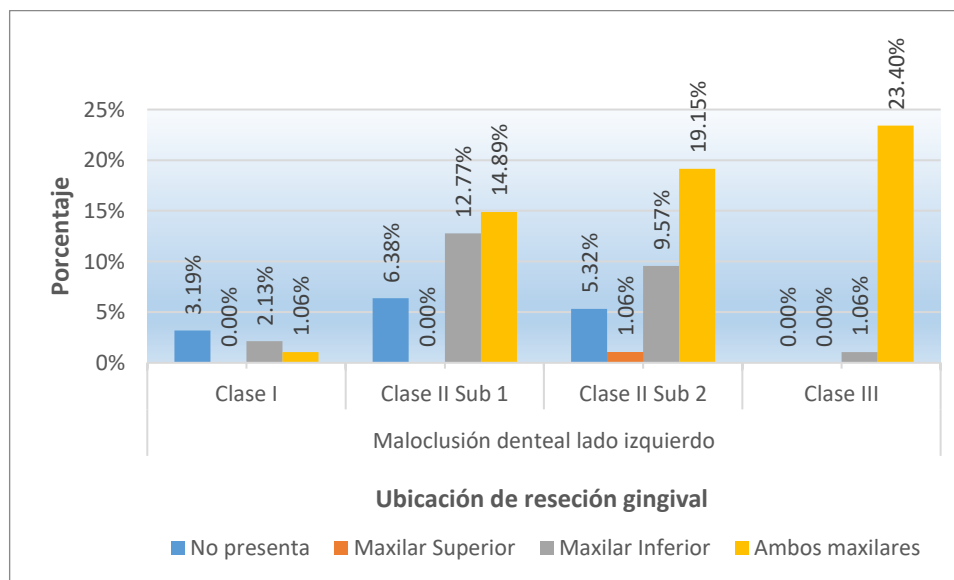
**TABLA N° 6**  
**RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCCLUSIÓN DENTAL LADO IZQUIERDO Y LA UBICACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL**

Maloclusión dental lado izquierdo	Ubicación de recesión gingival								Total	
	No presenta		Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Ambos maxilares			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Clase I	3	3.19	0	0.00	2	2.13	1	1.06	6	6.38
Clase II Sub 1	6	6.38	0	0.00	12	12.77	14	14.89	32	34.04
Clase II Sub 2	5	5.32	1	1.06	9	9.57	18	19.15	33	35.11
Clase III	0	0.00	0	0.00	1	1.06	22	23.40	23	24.47
Total	14	14.89	1	1.06	24	25.53	55	58.51	94	100.00

Nota: El valor del estadístico Ji – cuadrado fue  $\chi^2_c = 25.0790$ , y tuvo una significancia  $p = 0.0029$ .

Fuente: matriz de sistematización de datos

**FIGURA N° 6**  
**RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCCLUSIÓN DENTAL LADO IZQUIERDO Y LA UBICACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL**



Fuente: Tabla N° 6.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La Tabla N° 6 analiza la relación entre la severidad de la maloclusión dentaria lado izquierdo y la ubicación de la recesión gingival.

La maloclusión Clase II Sub 2 destacó con recesión en ambos maxilares (19.15%) y en el inferior (9.57%). La maloclusión Clase III también se asoció fuertemente con recesión en ambos maxilares (23.40%). Las maloclusiones clases I y II Sub 1 presentaron porcentajes bajos, salvo la maloclusión Clase II Sub 1 en ambos maxilares (14.89%).

Desde la maloclusión dental del lado izquierdo, nuevamente la recesión fue más frecuente en casos de maloclusión dentaria clase II Sub-2 y clase III, manteniéndose el patrón observado en el lado derecho.

Existió correlación significativa entre la severidad de la maloclusión dentaria lado izquierdo y la ubicación de la recesión gingival en pacientes,  $p = 0.0029$ .

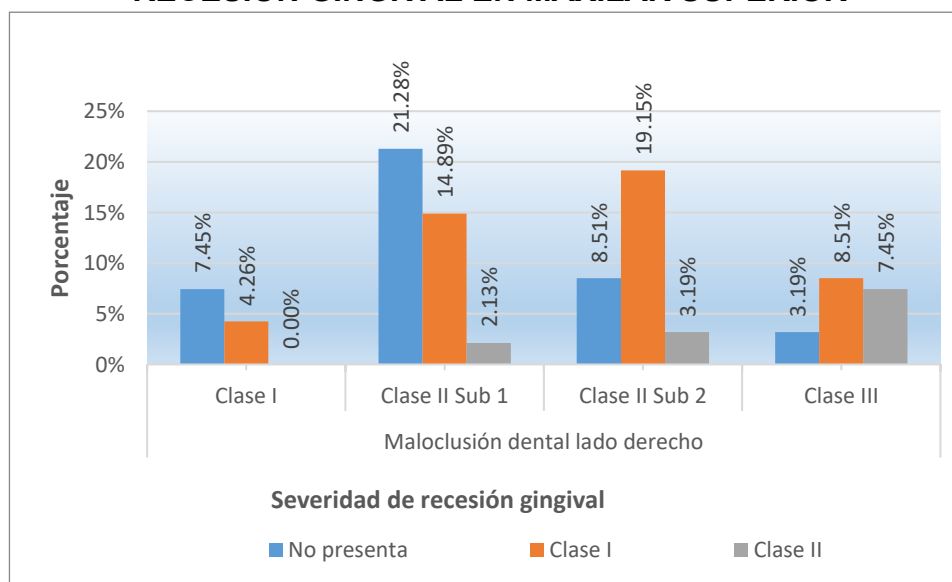
**TABLA N° 7**  
**RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO DERECHO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN EL MAXILAR SUPERIOR**

Maloclusión dental lado derecho	Severidad de recesión gingival						Total	
	No presenta		Clase I		Clase II		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Clase I	7	7.45	4	4.26	0	0.00	11	11.70
Clase II Sub 1	20	21.28	14	14.89	2	2.13	36	38.30
Clase II Sub 2	8	8.51	18	19.15	3	3.19	29	30.85
Clase III	3	3.19	8	8.51	7	7.45	18	19.15
Total	38	40.43	44	46.81	12	12.77	94	100.00

Nota: El valor del estadístico Ji – cuadrado fue  $X_c^2 = 22.0290$ , y tuvo una significancia  $p = 0.0012$ .

Fuente: matriz de sistematización de datos

**FIGURA N° 7**  
**RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO DERECHO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN MAXILAR SUPERIOR**



Fuente: Tabla N° 7.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La Tabla N° 7 analiza la relación entre la severidad de la maloclusión dentaria lado derecho y la severidad de la recesión gingival en el maxilar superior.

Los adultos con maloclusión dental Clase II Sub-2 presentaron retracción gingival Clase I en 19.15% y 3.19% en recesión Clase II. La maloclusión Clase II Sub 1 presentó 14.89% recesión Clase I y 2.13% con recesión Clase II. La maloclusión Clase III mostró mayor número en recesión Clase II (7.45%). La maloclusión Clase I tuvo una baja presencia de recesión.

La maloclusión Clase II, en ambas subdivisiones, se asoció principalmente con recesión Clase I, y la maloclusión Clase III se vinculó con mayor severidad.

Existió significativa correlación entre la severidad de la maloclusión dentaria lado derecho y la severidad de la recesión gingival en el maxilar superior de los pacientes,  $p = 0.0012$ .

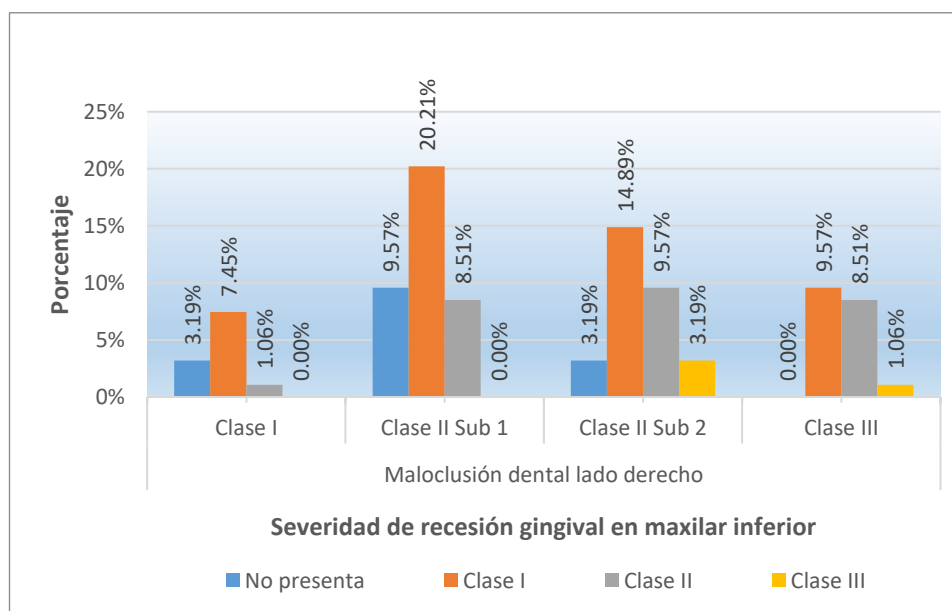
**TABLA N° 8**  
**RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO DERECHO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN MAXILAR INFERIOR**

Maloclusión dental lado derecho	Severidad de recesión gingival en maxilar inferior									
	No presenta		Clase I		Clase II		Clase III		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Clase I	3	3.19	7	7.45	1	1.06	0	0.00	11	11.70
Clase II Sub 1	9	9.57	19	20.21	8	8.51	0	0.00	36	38.30
Clase II Sub 2	3	3.19	14	14.89	9	9.57	3	3.19	29	30.85
Clase III	0	0.00	9	9.57	8	8.51	1	1.06	18	19.15
Total	15	15.96	49	52.13	26	27.66	4	4.26	94	100.00

Nota: El valor del estadístico Ji – cuadrado fue  $X_c^2 = 14.8600$ , y tuvo una significancia  $p = 0.0948$ .

Fuente: matriz de sistematización de datos

**FIGURA N° 8**  
**RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO DERECHO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN MAXILAR INFERIOR**



Fuente: Tabla N° 8.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La Tabla N° 8 analiza relación entre la severidad de la maloclusión dentaria lado derecho y la severidad de la recesión gingival en maxilar inferior.

La maloclusión Clase II Sub 1 tuvo mayor presencia de recesión gingival Clase I (20.21%) y retracción Clase II (8.51%). La maloclusión dentaria Clase II Sub 2 en 14.89% estuvo acompañada de recesión Clase I y 9.57% en recesión Clase II. La maloclusión Clase III presentó 9.57% con recesión Clase I, 8.51% en recesión Clase II y 1.06% en recesión Clase III. La maloclusión Clase I se asoció levemente con recesión Clase I.

La severidad de la retracción gingival en el maxilar inferior fue mayor en los pacientes con maloclusión dentaria Clase II Sub 1 y Sub 2, y también se observó una distribución amplia en la maloclusión Clase III.

No existió correlación significativa entre la severidad de la maloclusión dentaria lado derecho y la severidad de la recesión gingival en el maxilar inferior de adultos,  $p = 0.0948$ .

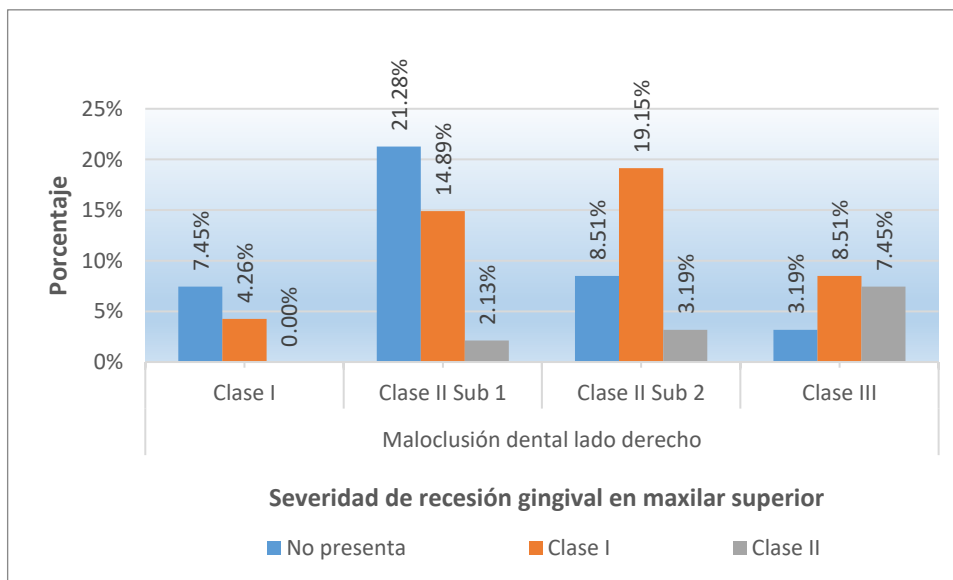
**TABLA N° 9**  
**RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO IZQUIERDO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN MAXILAR SUPERIOR**

Maloclusión dental lado izquierdo	Severidad de recesión gingival en maxilar superior						Total	
	No presenta		Clase I		Clase II		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Clase I	5	5.32	1	1.06	0	0.00	6	6.38
Clase II Sub 1	18	19.15	14	14.89	0	0.00	32	34.04
Clase II Sub 2	14	14.89	17	18.09	2	2.13	33	35.11
Clase III	1	1.06	12	12.77	10	10.64	23	24.47
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>40.43</b>	<b>44</b>	<b>46.81</b>	<b>12</b>	<b>12.77</b>	<b>94</b>	<b>100.00</b>

Nota: El valor del estadístico Ji – cuadrado fue  $X_c^2 = 36.6860$ , y tuvo una significancia  $p = 0.0000$ .

Fuente: matriz de sistematización de datos

**FIGURA N° 9**  
**RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO IZQUIERDO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN MAXILAR SUPERIOR**



Fuente: Tabla N° 9.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La Tabla N°9 analiza la relación entre la severidad de la maloclusión dental lado izquierdo y la severidad de la recesión gingival en maxilar superior en pacientes del C.S. Santa Adriana.

La maloclusión Clase II Sub 2 presentó 18.09% de recesión gingival Clase I y 2.13% retracción gingival Clase II. La maloclusión Clase III mostró severidad más avanzada con 12.77% de recesión gingival Clase I y 10.64% con recesión Clase II. La Clase II Sub 1 se mantuvo con recesión gingival Clase I (14.89%).

El patrón de severidad se repitió, destacando las maloclusiones dentarias Clase II Sub 2 y Clase III como las más vinculadas a recesión gingival severa.

Existió correlación significativa entre la severidad de la maloclusión dentaria lado izquierdo y la severidad de la recesión gingival en el maxilar superior de pacientes,  $p = 0.0000$ .

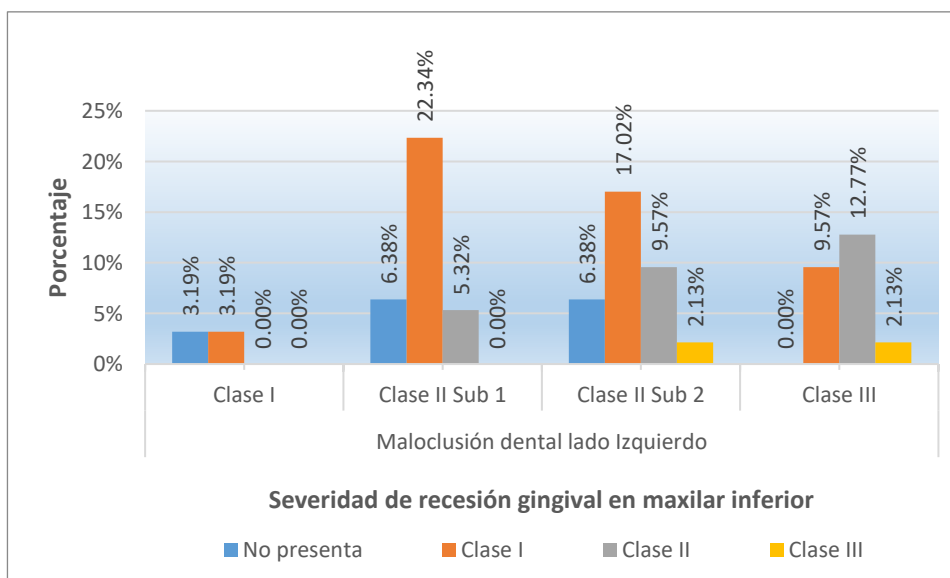
**TABLA N° 10**  
**RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO IZQUIERDO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN MAXILAR INFERIOR**

Maloclusión dental lado izquierdo	Severidad de recesión gingival en maxilar inferior									
	No presenta		Clase I		Clase II		Clase III		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Clase I	3	3.19	3	3.19	0	0.00	0	0.00	6	6.38
Clase II Sub 1	6	6.38	21	22.34	5	5.32	0	0.00	32	34.04
Clase II Sub 2	6	6.38	16	17.02	9	9.57	2	2.13	33	35.11
Clase III	0	0.00	9	9.57	12	12.77	2	2.13	23	24.47
Total	15	15.96	49	52.13	26	27.66	4	4.26	94	100.00

Nota: El valor del estadístico Ji – cuadrado fue  $X_c^2 = 21.5090$ , y tuvo una significancia  $p = 0.0106$ .

Fuente: matriz de sistematización de datos

**FIGURA N° 10**  
**RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO IZQUIERDO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN MAXILAR INFERIOR**



Fuente: Tabla N° 10.



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La Tabla N° 10 analiza la relación entre la severidad de la maloclusión dentaria lado izquierdo y la severidad de la recesión gingival en maxilar inferior.

Los adultos con maloclusión dentaria clase II Sub 1 tuvo el mayor porcentaje de recesión gingival clase I (22.34%) y retracción clase II (5.32%). La maloclusión clase II Sub 2 mostró distribución más amplia, con 17.02% en recesión gingival clase I, 9.57% en recesión clase II, y 2.13% en recesión clase III. Los adultos con maloclusión dental clase III presentaron retracción gingival clase II en 12.77% y 2.13% recesión gingival Clase III.

El maxilar inferior mostró mayor afectación con recesiones, sobre todo en adultos con maloclusiones dentarias Clase II Sub 2 y Clase III.

Existió significativa correlación entre la severidad de la maloclusión dentaria lado izquierdo y la severidad de la recesión gingival en el maxilar inferior de adultos,  $p = 0.0106$ .



#### 4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La presente investigación determino que un 68.09% de las personas tratadas pertenecían a la adultez, y un 31.91% son en la juventud. Estas proporciones se diferencian de lo reportado por Simbaña ZP (4), quien encontró una prevalencia de maloclusión del 37.9% en jóvenes, lo que sugiere una menor frecuencia de esta alteración en poblaciones juveniles, en contraste con nuestro hallazgo donde la maloclusión estuvo presente en ambos grupos, siendo más prevalente en adultos. Esta variación podría estar correlacionada con factores acumulativos como desgaste dental, pérdida dentaria o migraciones dentarias que se intensifican con la edad.

Respecto a las asociaciones de la maloclusión dentaria con la recesión gingival, los resultados determinan que la maloclusión Clase II Sub1 y 2, fueron las que se presentaron en mayor frecuencia en ambas hemiarquadas de la cavidad bucal, relacionado a una mayor existencia de la recesión gingival, en especial en los dos maxilares. Este hallazgo coincide parcialmente con lo planteado por Ramos AL, que indicó que las recesiones gingivales se manifiestan en edades tempranas, de esta forma la maloclusión es una causa etiológica importante. En su estudio se evidenció que la recesión daña a 24.3% en la juventud de 16 a 19 años, y en la actual investigación se describe la recesión gingival en un 85.11% del total de pacientes, incluyendo adultos, lo cual explicaría el incremento en el porcentaje obtenido.



Asimismo, las relaciones dadas por la severidad de las maloclusiones con la severidad de las retracciones de la gingiva fueron significativas en varios análisis, particularmente en la arcada superior. Ejemplo, en el área izquierda la maloclusión Clase III posee relación con la retracción gingival Clase II en un 10.64% de casos. Estas maloclusiones pueden crear fuerzas oclusales que no sean favorables con las piezas incisales, lo que coincide con el estudio de Ramos AL, donde los incisivos mandibulares fueron los más afectados en un 63.4%, reforzando la idea de que ciertas maloclusiones pueden ejercer presiones traumáticas sobre áreas gingivales vulnerables.

Por otro lado, los datos de Cavieres B (5), refuerzan la conexión observada en la actual investigación. En su estudio, las recesiones gingivales dañan un 93.56% a los estudiantes que fueron evaluados, donde el 75.2% de estos casos tuvo acceso directo con la existencia de maloclusiones. Este porcentaje es superior a lo detallado en la población de nuestro estudio, donde las maloclusiones se determinaron que tienen una significativa correlación con la gravedad de la recesión en los maxilares superiores, en especial en la zona izquierda ( $p=0.0000$ ). Estas coincidencias consolidan la hipótesis de que la maloclusión dental no daña solo la estética y función, también podrían comprometer el bienestar periodontal a través de la recesión gingival.

Sin embargo, también es importante destacar diferencias. Si bien Cavieres B encuentra una prevalencia alta en las recesiones que derivan de la



maloclusión, los hallazgos estadísticos obtenidos en este estudio no encontraron correlación estadística significativa en diversos aspectos tales como la maloclusión de la zona derecha con las recesiones gingivales del maxilar inferior ( $p=0.0948$ ). Esta discrepancia puede deberse a la diversidad morfológica y hábitos de higiene de los pacientes evaluados, así como a factores biomecánicos individuales no controlados en este estudio.

En síntesis, la evidencia demuestra que la maloclusión dental, especialmente la clase I y III, tienen influencia en la existencia y severidad de las recesiones gingivales, teniendo mayor influencia en los maxilares superiores. Así también, es reconocida la necesidad de tener en cuenta otras variantes coadyuvantes tales como los biotipos gingivales, las técnicas de cepillado y factores anatómicos, para comprender a fondo esta relación multifactorial.

El grupo etario más representado en nuestro estudio fue el adulto, con un 68.09%, lo cual concuerda con los hallazgos de Ardani IG (2), quien reportó que la recesión gingival fue más común entre los 31 y 35 años. Esta coincidencia sugiere que a medida que avanza la edad, los tejidos periodontales pueden volverse más vulnerables a cambios patológicos como la recesión gingival, posiblemente por factores acumulativos como el trauma oclusal, hábitos de higiene inadecuados o biotipo gingival.

En cuanto al tipo de maloclusión, nuestro estudio identificó una elevada frecuencia de las clases II Sub 1 y Sub 2, especialmente en el lado



izquierdo, donde además se observó una significativa correlación con la severidad de la retracción de la gingiva ( $p=0.0000$ ). Los datos obtenidos poseen coincidencia con la investigación de Ardani IG, donde hay un predominio también en las clases II sub 1 en los individuos estudiados con recesiones gingivales. Sin embargo, en aquella investigación no se encuentra estadísticas significantes entre los tipos de mal oclusiones y la ubicación de las recesiones ( $p = 0,444$ ), lo que difiere de nuestros datos obtenidos, donde si se encontró relación en la mayoría de casos, sobre todo en el maxilar superior. Esta diferencia puede deberse al mayor tamaño de muestra o a diferencias en los criterios de clasificación y evaluación clínica utilizados.

En lo que respecta al género, Ardani IG señaló que las recesiones fueron mayores en varones, especialmente en las piezas dentales anteriores, en nuestra investigación, si bien las mujeres presentaron una mayor muestra porcentual (61.70%), no hubo correlación importante entre el género y recesiones gingivales ( $p = 0,8865$  para ubicación,  $p=0.6707$  para extensión y  $p=0.2207$  para intensidad). Esto indica que el género no sería un factor que determine en nuestra población, aunque podrían existir diferencias poblacionales o hábitos específicos que influyan en ese comportamiento.

En contraposición a nuestros hallazgos, donde las clases II fueron las más prevalentes, Cambino CH (7) reportó una alta prevalencia de las maloclusiones Clase III (26%) en una población joven de 5 a 21 años. Esta divergencia puede estar influida por las características genéticas y étnicas



de las poblaciones estudiadas. Sin embargo, es interesante observar que, en este trabajo de investigación, la clase III también se relacionó con la severidad en retracciones de la gingiva, particularmente en el maxilar inferior, donde alcanzó 8.51% para recesión clase II y 1.06% para clase III, lo que podría reforzar el impacto clínico de esta maloclusión incluso cuando su frecuencia no sea la más alta

En cambio, Montes de Oca (8) se halló prevalencias mayores de maloclusión Clase I tanto en el lado derecho (48.77%) como izquierdo (51.64%), lo que difiere de nuestra investigación, donde la clase I tuvieron menor frecuencia en un 11.70% en la zona derecha y 6.38% en la izquierda. Esta diferencia notable puede deberse a distintos métodos de diagnóstico o a la composición de las muestras evaluadas.

En relación a la severidad de las recesiones de la gingiva, nuestra investigación determina que la recesión clase I fue la que predominó, en especial en la mandíbula con un 52.13% y en el maxilar superior con 46.81%. Estos resultados coinciden ampliamente con los resultados de Amaro Y (9), quien también reportó un predominio abrumador de retracción gingival clase I en el 97.7% de los casos. Asimismo, su estudio identificó que el 64.8% de las recesiones se localizaron en los dientes mandibulares, similar a nuestro hallazgo donde el 25.53% tuvo recesión solo en el maxilar inferior, y el 58.51% en ambas arcadas.



Estos datos consolidan la idea de que la retracción Clase I es la que predominó en pacientes con maloclusiones, siendo el maxilar inferior una de las zonas más afectadas. Además, tanto Amaro Y., como nuestra investigación apuntan a la necesidad de una correcta técnica de cepillado y control de factores oclusales, ya que estos podrían incidir en la aparición y progresión de la severidad de la retracción de la gingiva.

Nuestros hallazgos muestran consistencias con otros estudios, especialmente en las prevalencias de las recesiones Clase I y en la relación con la maloclusión dentaria Clase I y III con mayor severidad en la recesión. Sin embargo, también se identificaron diferencias notables, como en la distribución por tipo de maloclusión o en la significancia estadística hallada, lo que destaca la necesidad de seguir investigando esta relación en poblaciones diversas y bajo parámetros clínicos estandarizados.

Los resultados de nuestro estudio mostraron correlación importante entre lo severo de la maloclusión dental del lado izquierdo y la localización de las recesiones gingivales ( $p=0.0029$  y  $p=0.0000$  respectivamente), de igual manera entre la maloclusión de la zona derecha y lo severo de la recesión en el maxilar superior ( $p=0.0012$ ). Estos datos coinciden con lo descrito por Guillén TR (3), quien encontró una vinculación importante entre las maloclusiones con la recesión gingival ( $p < 0.05$ ). Además, señaló que las mujeres presentaron mayor frecuencia en maloclusiones Clase I ( $p=0.015$ ) así como en recesión gingival Clase I ( $p=0.000$ ), situación que también se observó parcialmente en nuestra muestra, donde el género femenino fue el



más representado (61.70%) y predominó la recesión gingival clase I en la mandíbula como en el maxilar.

Asimismo, tanto en nuestro estudio como en el de Guillén TR se evidenció que la recesión clase I fue la más frecuente. Sin embargo, en relación a los tipos de maloclusiones, se encuentra una discrepancia, ya que nosotros encontramos un incremento en la frecuencia de la Clase II Sub 1 y 2, en especial en el lado izquierdo con 34,04% y 35,11% de forma respectiva. Corzo KE (12) reportó que la clase I fue la más prevalente, con más del 77% de los casos en adultos, tanto varones como mujeres. Esta diferencia podría explicarse por los caracteres morfofaciales de la población evaluada o los criterios diagnósticos empleados, ya que en nuestra muestra se utilizaron subclasificaciones de Angle que no fueron especificadas en dicho estudio.

Por otro lado, nuestros resultados también mostraron que en algunos casos no hubo significancia estadística, como entre la maloclusión derecha y la ubicación de la recesión ( $p=0.0663$ ), o entre esa misma maloclusión y la severidad de la recesión en el maxilar inferior ( $p=0.0948$ ). Estos datos tienen relación con lo descrito por Arroyo FP, que halló que las maloclusiones del área derecha poseen relación con la recesión gingival en un 89,6%, y en el área izquierda no se encontró relación ( $p>0.05$ ). Esta diferencia direccional en las relaciones clínicas puede deberse a factores funcionales como el lado masticatorio predominante, la dominancia



muscular o hábitos de higiene oral que afectan asimétricamente los arcos dentales.

En cuanto al impacto de la malposición dentaria sobre la recesión gingival, Condori A (11) describe que un 51,52% de las recesiones tienen relación con piezas dentarias mal posicionadas, sin embargo, su análisis estadístico no halló diferencia importante entre las maloclusiones en general con los contornos gingivales. En contraste, nuestro estudio encontró asociaciones estadísticamente significativas entre tipos específicos de maloclusiones con la severidad de las recesiones gingivales, especialmente para el maxilar superior, lo que sugiere que el enfoque analítico detallado por lados y por clases específicas de maloclusión puede ofrecer una mayor sensibilidad para detectar estas relaciones.

Por último, es importante destacar la frecuencia alta de las retracciones de la gingiva en la adultez, observada tanto en nuestro estudio (85.11%) como en el de Arroyo FP (80.17%), refuerza la necesidad de establecer protocolos clínicos preventivos orientados un diagnóstico y terapéutica oportuna en las alteraciones oclusales, especialmente en pacientes que presentaban biotipo gingival delgado o antecedentes de recesión gingival.

Nuestros hallazgos sobre el tipo de maloclusión predominante (Clase II Sub 1 y Sub 2), en contraposición con estudios como el de Camapaza DM (14), el cual detalla una prevalencia predominante de las Clase I en los alumnos universitarios que poseen un origen quechua y aimara, con un 76,5% y



59,4% de forma respectiva, evidenciando la vulnerabilidad étnica y regional de manera importante. En nuestra muestra, la Clase I fue la menos representada (11.70% en lado derecho y 6.38% en lado izquierdo), lo que puede estar relacionado con factores genéticos o funcionales locales propios de pobladores que acudieron al establecimiento de salud de Santa Adriana, Juliaca.

Asimismo, el estudio de Vega FA (15), al determinar un mayor predominio de recesión gingival clase II (65,21%), constata totalmente con nuestros resultados, en el cual predomina la recesión clase I en los dos maxilares, (46,81% en parte superior y un 52,13% en el inferior) Esta diferencia puede responder a criterios de diagnóstico, diferencias de edad o severidad del trauma oclusal presente en las distintas poblaciones evaluadas

En conjunto, la evidencia presentada refuerza la relevancia clínica de reconocer que la maloclusión dental no solo afecta la estética y la función oclusal, sino que además tiene una clara repercusión sobre la integridad del periodonto, siendo la recesión gingival una de las manifestaciones más visibles de este impacto. La relación significativa hallada en nuestro estudio entre la severidad de maloclusión de lado izquierdo y la importancia de la relevancia de la recesión gingival, tanto en los maxilares superiores ( $p=0.0000$ ) como en los maxilares inferiores ( $p=0.0106$ ), revela un patrón clínico que no puede ser ignorado por el cirujano dentista ni por el periodoncista al momento de diseñar un tratamiento integral.



Finalmente, la integración de nuestros resultados con la literatura científica nacional e internacional, describe y expone que la maloclusión y las recesiones gingivales son dos entidades que, al converger, demandan una intervención interdisciplinaria urgente y específica. La prevención, el diagnóstico precoz y el abordaje terapéutico deben realizarse con una visión amplia, considerando tanto la etiología oclusal como las condiciones anatómicas y funcionales del periodonto. Ignorar esta relación sería perpetuar un problema clínico que, si bien puede parecer sutil, afecta profundamente estilo de vida, estética y salud bucal de los individuos tratados.



## CONCLUSIONES

- PRIMERA:** La maloclusión dental del lado derecho e izquierdo tiene correlación estadísticamente significativa con la recesión gingival del maxilar superior ( $p=0.0012$ ), también existe relación significativa de la maloclusión dentaria del lado izquierdo y la recesión gingival en el maxilar inferior,  $p=0.0106$ ; pero no existe significativa correlación de la maloclusión dental del lado derecho y la recesión gingival del maxilar inferior ( $p=0.0948$ ) en pacientes del C.S. Santa Adriana. (Tablas N°5 al 10)
- SEGUNDA:** No existió correlación significativa de la severidad de la maloclusión dental lado derecho y la ubicación de la recesión gingival ( $p=0.0663$ ) pero si existió correlación significativa con la severidad de la maloclusión dental lado izquierdo ( $p=0.0029$ ) en pacientes del C.S. Santa Adriana, (Tablas 5 y 6)
- TERCERA:** Existe correlación significativa entre la severidad de la maloclusión dental lado derecho e izquierdo y la severidad de la recesión gingival en el maxilar superior,  $p=0.0012$ ,  $p=0.0000$  respectivamente. También, existió significativa correlación de la severidad de la maloclusión dentaria lado izquierdo y la severidad de la recesión gingival en el maxilar inferior,  $p=0.0106$ ; pero no existe correlación significativa con la maloclusión dental lado derecho,  $p=0.0948$ . (Tablas N° 7 al 10)



## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** A los Cirujanos Dentistas, evaluar minuciosamente la oclusión en pacientes con recesión gingival en ambos maxilares ya que se evidenció en esta investigación, que las maloclusiones dentarias Clase II Sub 1 y Sub 2 están relacionadas con la mayor frecuencia de recesión gingival.

**SEGUNDA:** Al jefe del E.S. Santa Adriana elaborar un protocolo de manejo interdisciplinario entre ortodoncistas y periodoncistas en pacientes con recesiones gingivales y maloclusiones identificadas, priorizando aquellos con Clase II Sub 2, que mostraron en esta investigación una alta relación con la recesión gingival en ambos maxilares.

**TERCERA:** A los pacientes, prestar atención a la posición de sus dientes y el estado de sus encías, acudiendo regularmente al dentista para una evaluación oclusal completa. Las maloclusiones dentales, aunque a veces no causan dolor, pueden provocar recesión gingival progresiva, afectando la estética de la sonrisa y la salud gingival. Un diagnóstico temprano permite evitar tratamientos invasivos y conservar una buena salud bucal a largo plazo



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos AL, Sarduy L RL. Recesión periodontal y factores asociados en adolescentes. OdontoSantiago 2023 [Internet]. Available from: <https://odontosantiago2023.sld.cu/index.php/odontosantiago/2023/paper/viewPaper/241>
2. Ardani IGAW, Dinata FC TA. The Importance of the Occlusal Plane in Predicting Better Facial Soft Tissue in Class II Malocclusion in Ethnic Javanese. Eur J Dent. 2020 Jul;14(3):429-434. doi: 10.1055/s-0040-1713331. Epub 2020 Jun 26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32590869/>
3. Guillen TR. Relación entre maloclusión y recesión gingival en adultos de Chacarilla del distrito de Yauli, Huancavelica, 2023 [Tesis Pregrado Titulación] Huancayo: Universidad Continental, 2024. 65p. Available from: [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/14801/1/IV\\_FCS\\_503\\_TE\\_Guillen\\_Escobar\\_2024.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/14801/1/IV_FCS_503_TE_Guillen_Escobar_2024.pdf)
4. Simbaña ZP, Macías SM LE. Prevalencia de maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico e impacto psicosocial de la estética dental en adolescentes . Odontología, 2023: 25(1), 7–16. Available from: <https://doi.org/10.29166/odontologia.vol25.n1.2023-e4010>
5. Cavieres B, Cuellar E, Nalley M, Anwandter A OD. 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 [Internet]. Available from: [https://www.medwave.cl/medios/investigacion/estudios/2784/medwave\\_2023\\_2784.pdf](https://www.medwave.cl/medios/investigacion/estudios/2784/medwave_2023_2784.pdf)
6. Pascual D, Bruna M, Prado L AC. Prevalencia de las maloclusiones según la clasificación de angle en una población universitaria[Internet]. Madrid; Cient. Dent. 2021; 18 (1): 15-20. Available from: <https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol18num1/2prevalencia.pdf>
7. Cambino CH, Ospina E RA. Prevalence of malocclusion class III in children and young adults served at a university institution. Rev. Estomatol. 2020;



- 26(2):20-23.DOI: 10.25100/re.v26i1j.7073. Available from:  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6788300.pdf>
8. Montes de Oca KI, Mendoza L AD. Prevalencia de maloclusiones en pacientes del Programa de Brigadas de Salud Bucodental de la Facultad de Odontología, UNAM. Rev Mex Ortod [Internet]. 8(4):263–70. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo-2020/mo204f.pdf>
  9. Amaro Y, Alvarado G MN. Prevalencia e indicadores de riesgo de recesiones gingivales en adolescentes de Valdivia en el año 2018. Int j interdiscip dent vol13 no1 Santiago abr 2020 [Internet]. Available from: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2452-55882020000100021](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882020000100021)
  10. Condori WW. Maloclusiones dentales y esqueléticas en adolescentes de una institución educativa pública. Revista Odontológica Basadrina. 2024: 8 (1). Available from: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rob/article/view/2144>
  11. Condori A. Influencia de la recesión gingival visible y de la malposición dentaria individual en el contorno gingival en pacientes del Centro Odontológico de la UCSM. Arequipa, 2019. [Tesis Pregrado Titulación] Arequipa: Universidad Católica de Santa María, 2021. Available from: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/34cb8bfc-a484-4dca-9e9f-288d310bfadd>
  12. Corzo KE PE. Frecuencia de maloclusión dental en pacientes atendidos en una clínica estomatológica universitaria de Piura–Perú, 2017-2020. [Tesis Pregrado Titulación] Piura: Universidad César Vallejo, 2020. Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/62916>
  13. Arroyo FP. Relación entre los factores oclusales y las recesiones gingivales en dientes posteriores en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal [Tesis Pregrado Titulación] Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal,. Available from: [http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2501/ARROYO\\_ECHANDIA\\_FIORELA\\_DEL\\_PILAR.pdf?sequence=1&isAllowed](http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2501/ARROYO_ECHANDIA_FIORELA_DEL_PILAR.pdf?sequence=1&isAllowed)
  14. Camapaza DM. Prevalencia de maloclusiones en estudiantes universitarios quechuas y aimaras de la región Puno [Tesis Pregrado



- Titulación] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2024.  
Available from:  
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/14839>
15. Vega FA. Relación entre el biotipo periodontal y recesión gingival en el personal de tropa de la 4ta brigada de montaña, Puno 2021 [Tesis Pregrado Titulación] Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. 2022. [Internet]. Available from:  
<https://repositorio.uancv.edu.pe/communities/fc8fe670-e39d-47d2-a64c-67826b31dc06>
  16. Matsumoto MA, Romano FL, Ferreira JT VR. Open bite: diagnosis, treatment and stability. *Braz Dent J.* 2012;23(6):768-78. doi: 10.1590/s0103-64402012000600024. PMID: 23338275. Available from:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23338275/>
  17. Christiani J AR. Contactos mediotrusivos en la oclusión y la ATM. *Rev Fac Odont.* 2020;13(1):27-35. Available from:  
<https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/4340/4037>
  18. Arela DJ. Impacto psicosocial de la maloclusión en estudiantes de 12 a 15 años de edad de la Institución Educativa Independencia Nacional–Puno 2019. [Tesis para optar Título Profesional]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, 2020. Available from:  
<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/13264>
  19. Gantz OC SB. Prevalencia de anomalías dentomaxilares verticales y hábitos orales disfuncionales en niños de 4 a 6 años de edad con dentición temporal completa. *Rev Chil Ortod* 2013; 30(2):54-61. Available from:  
<https://sortchile.cl/web/wp-content/uploads/2021/10/2014.pdf>
  20. Canut JA. Ortodoncia clínica y terapéutica. Elsevier Masson. 2010.
  21. Janson G, Sathler R, Fernández T, Zanda M PA. Class II malocclusion occlusal severity description. *J Appl Oral Sci.* 2009; 18(4): 397- 402. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jaos/v18n4/a13v18n4.pdf>
  22. Ugalde FJ PJ. Clasificación de maloclusión en la muestra Tzompantli de Tlatelolco. *Rev Esp Ortod.*2010; 40:169-80. Available from:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2003/od036d.pdf>
  23. Neto M, Nishio B MJ. Agreement evaluation of a newly proposed system



- for malocclusion classification. *Int. J. Odontostomat.*,2010; 4(1):33-41. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v4n1/art06.pdf>
24. Patcas R, Müller L, Ullrich O PT. Accuracy of cone-beam computed tomography at different resolutions assessed on the bony covering of the mandibular anterior teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2012 enero;141(1):41-50. doi: 10.1016/j.ajodo.2011.06.034. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22196184/>
  25. Zaher CA, Hachem J, Puhan MA MA. Interest in periodontology and preferences for treatment of localized gingival recessions. *J Clin Periodontol.* 2005 Apr;32(4):375-82. doi: 10.1111/j.1600-051x.2005.00690.x. PMID: 15811055. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15811055/>
  26. Marín J. Comprobar el grado de confiabilidad del análisis cefalométrico de Tatis realizado en radiografía panorámica para determinar el biotipo facial y clase esquelética del paciente. (Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista) Universidad San Francisco de Qu. 2011; Available from: [https://rraae.cedia.edu.ec/Record/USFQ\\_98e83a27efc9de38aff4d6b64ff574cc](https://rraae.cedia.edu.ec/Record/USFQ_98e83a27efc9de38aff4d6b64ff574cc)
  27. Soto L, De la Torre JD, Aguirre I de la TE. Trastornos temporomandibulares en pacientes con maloclusiones. *Rev Cubana Estomatol [internet].* 2013 sep.-dic. ;50(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)
  28. De la Torre E, Aguirre Espinosa I, Fuentes V, Peñón PA ED, J. N. Factores de riesgo asociados a trastornos temporomandibulares. *Rev Cubana Estomatol [internet].* 2013 sep.-dic. 50(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)
  29. Chrysanthakopoulos NA. Gingival recession: prevalence and risk indicators among young greek adults. *Journal of clinical and experimental dentistry.* 2014; (e243). Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4134852/>
  30. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5:8-13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3858267/>



31. Lindhe J LN. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 6ta ed. Editorial médica Panamericana S.A. España. 2017.
32. Slutzkey S LL. Gingival recession in young adults: occurrence, severity, and relationship to past orthodontic treatment and oral piercing. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2008 Nov;134(5):652-6. doi: 10.1016/j.ajodo.2007.02.054. PMID: 18984397. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18984397/>
33. Richman C. Is gingival recession a consequence of an orthodontic tooth size and/or tooth position discrepancy "A paradigm shift". Compend Contin Educ Dent 2011; 32:62-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21462624/>
34. Bascones A. Periodoncia clínica e implantología oral, 4ta ed. Madrid: Lexus; 2014.
35. Jain S, Kaur H AR. Classification systems of gingival recession: An update. Indian journal of dental sciences. 2017; 9(1):(52). Available from: [https://www.researchgate.net/publication/314262774\\_Classification\\_systems\\_of\\_gingival\\_recession\\_An\\_update](https://www.researchgate.net/publication/314262774_Classification_systems_of_gingival_recession_An_update)
36. Hernandez R MC. Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa y cualitativa y mixta. 2da edic. México: McGraw-Hill Interamericana. 2023;748.
37. Monje CA. Metodología de la investigación Cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Colombia. 2011.
38. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J RH. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. Bogotá: Ediciones de la U; 2018.



# APÉNDICES



APÉNDICE 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

MALOCLUSIÓN DENTAL Y SU RELACIÓN CON LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2025						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE VALORACIÓN
<p><b>GENERAL</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre la maloclusión dental y la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2025?</p> <p><b>ESPECÍFICOS:</b></p> <p>PE1: ¿Cómo es la relación entre la severidad de la maloclusión dental y la ubicación de la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana?</p> <p>PE2: ¿Cuál es la relación entre la severidad de la maloclusión dental y la severidad de la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana?</p>	<p><b>GENERAL</b></p> <p>Determinar la relación entre la maloclusión dental y la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2025</p> <p><b>ESPECÍFICOS:</b></p> <p>OE1: Especificar la relación entre la severidad de la maloclusión dental y la ubicación de la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana.</p> <p>OE2: Identificar la relación entre la severidad de la maloclusión dental y la severidad de la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana.</p>	<p><b>GENERAL</b></p> <p>La maloclusión dental tiene relación estadísticamente significativa con la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2025</p> <p><b>ESPECÍFICAS:</b></p> <p>HE1: Especificar la relación entre la severidad de la maloclusión dental y la ubicación de la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana.</p> <p>HE2: Identificar la relación entre la severidad de la maloclusión dental y la severidad de la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana</p>	<p><b>V.X.</b></p> <p><b>MALOCLUSIÓN DENTAL</b></p>	- Severidad	- Clasificación de Angle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clase I</li> <li>- Clase II sub 1</li> <li>- Clase II sub 2</li> <li>- Clase III</li> </ul>
			<p><b>V.Y.</b></p> <p><b>RECESIÓN GINGIVAL</b></p>	- Ubicación	- Maxilar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No presenta</li> <li>- Maxilar superior</li> <li>- Maxilar inferior</li> <li>- Ambos maxilares</li> </ul>
				- Severidad	- Clasificación de Miller	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clase I</li> <li>- Clase II</li> <li>- Clase III</li> <li>- Clase IV</li> </ul>

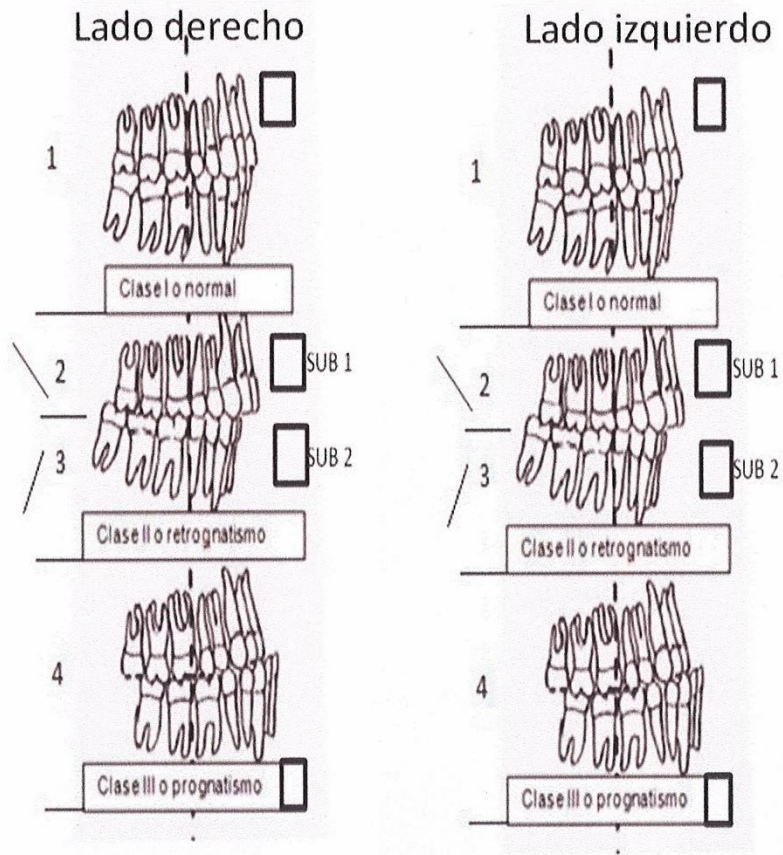
## APÉNDICE 2. INSTRUMENTOS

### GUIA DE OBSERVACIÓN

#### MALOCCLUSIÓN DENTAL

Edad: ..... Género: Masculino ( ) Femenino ( )

#### CLASIFICACIÓN DE ANGLE



Fuente: (21)  
Janson G: Clasificación de Angle

v.b.   
Edith Qari Checa  
INVESTIGADOR RENACYT  
REGISTRO N° P0070070

## GUIA DE OBSERVACIÓN

### PERIODONTOGRAMA

Etapa de Tratamiento:    Pretratamiento     Reevaluación     Post-tratamiento     Fecha de Examen \_\_\_\_\_

			NIC-SS PS - PL MG
BUCAL			
PALATINO			
DERECHA			MG PS - PL NIC-SS
			IZQUIERDA
BUCAL			NIC-SS PS - PL MG
LINGUAL			
			MG PS - PL NIC-SS

V°B° \_\_\_\_\_

- **Ubicación de la recesión gingival:**

No presenta ( ) Maxilar superior ( ) Maxilar inferior ( ) Ambos maxilares ( )

- **Severidad de la recesión gingival:**

Maxilar	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Maxilar superior				
Maxilar inferior				



### APÉNDICE 3. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

#### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

EXPERTO: Hugo Ricardo Huanca Apaza

GRADO ACADÉMICO: Docente en Educación

CARGO: Docente de la UANCV

Luego de analizar y evaluar el Instrumento:

Guía de observación,

elaborado por Wendy Idme Chayña

para la recolección de datos de la Propuesta de Investigación titulada:

Maloclusión Dental y su relación con la

Recesión Gingival en pacientes del Centro de

Salud Santa Adriana Juliaca

Se concluye:

ASPECTOS GENERALES	SI	NO	OBS.
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.	/		
Los ítems permiten el logro de los objetivos de la investigación.	/		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.	/		
El número de ítems es suficiente para recoger la información de los objetivos planteados.	/		
<b>DECISIÓN DEL EXPERTO</b>			
APLICABLE: <input checked="" type="checkbox"/>		NO APLICABLE: <input type="checkbox"/>	



Hugo Ricardo Huanca Apaza  
CIRUJANO DENTISTA  
C.O.P. 14938

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO



**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS**

EXPERTO: Oliver Luis Reyes Jiménez  
GRADO ACADÉMICO: Magister en Estomatología  
CARGO: Cirujano Dentista Hospital III Essalud - Tarma

Luego de analizar y evaluar el instrumento:  
Guía de observación

elaborado por Wendy Idme Chayña

para la recolección de datos de la Propuesta de Investigación titulada:

Maloclusión Dental y su Relación con la  
Recesión Gingival en Pacientes del Centro de  
salud Santa Adriana Tarma

Se concluye:

ASPECTOS GENERALES	SI	NO	OBS.
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.	✓		
Los ítems permiten el logro de los objetivos de la investigación.	✓		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.	✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información de los objetivos planteados.	✓		
<b>DECISIÓN DEL EXPERTO</b>			
APLICABLE: ✓		NO APLICABLE:	

  
Mg. CD. Oliver Luis Reyes Jiménez  
ESPECIALISTA EN PERIODONCIA E IMPLANTOLOGÍA  
COP. 24513 RNE. 2675

**FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO**



**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS**

EXPERTO: WILBER GUTIERREZ CHUQUITAYUI

GRADO ACADÉMICO: ESPECIALIDAD ORTODONCIA Y ORTOPEDIA RNE.352

CARGO: .....

Luego de analizar y evaluar el Instrumento:

Guía de Observación

elaborado por Wendy Idme chayña

para la recolección de datos de la Propuesta de Investigación titulada:

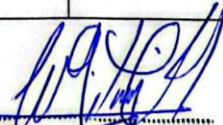
Maloclusión Dental y su Relación con la

Recesión Gingival en Pacientes del Centro

de Salud Santa Adriana Juliaca

Se concluye:

ASPECTOS GENERALES	SI	NO	OBS.
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas.	✓		
Los ítems permiten el logro de los objetivos de la investigación.	✓		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.	✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información de los objetivos planteados.	✓		
<b>DECISIÓN DEL EXPERTO</b>			
<b>APLICABLE:</b> ✓	<b>NO APLICABLE:</b>		

  
 C.D. Wilber Gutiérrez Ch.  
 CIRUJANO DENTISTA - COP. 11113  
 2do. ESPECIALIDAD ORTODONCIA Y ORTOPEDIA  
 RNE 352

**FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO**



## APÉNDICE 4. AUTORIZACIONES

SOLICITUD PARA REALIZAR MI RECOLECCION DE DATOS SOBRE LA EJECUCION DE MI PROYECTO DE INVESTIGACION "INFLUENCIA DEL BIOTIPO GINGIVAL EN EL ASPECTO CLÍNICO DE LA MELANOSIS GINGIVAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA, JULIACA 2025"

Fecha: 24-02-2025

Dr. Nestor Joel Alvarez Ramos

DIRECTOR DE AREA DE ODONTOLOGIA

DEL CENTRO DE SALUD CLAS SANTA ADRIANA

Presente.



De mi consideración

Yo, WENDY IDME CHAYÑA, Identificado con DNI 71892848 y con domicilio en Jr. Tupac amaru 706, luego de expresarle un saludo cordial.


Solicito permiso para realizar trabajos de encuesta, se me autorice la ejecución de mi proyecto de investigación titulada "MALAOCLUSIÓN DENTAL Y SU RELACIÓN CON LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2025" lo cual mi población es el centro de salud CLASS SANTA ADRIANA, donde vamos a evaluar la malaoclusión dental y su relación con la recesión gingival.

Por su gentil atención, le agradezco:

Atentamente

POR LO EXPUESTO:

Ruego a ud. Acceda a mi solicitud

  
Nestor Joel Alvarez Ramos  
CIRUJANO DENTISTA  
COP 19267

Dr. Nestor Joel Alvarez Ramos

DNI: 80475111



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

## CONSTANCIA

El Gerente del Centro de Salud CLAS Santa Adriana

Dr. DAVID ALFREDO LLANOS MIRANDA con DNI: 01308009

### HACE CONSTAR:

Que la srta. WENDY IDME CHAYÑA identificado con DNI N°71892848 egresado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, ha ejecutado el proyecto de tesis titulado: MALOCLUSION DENTAL Y SU RELACION CON LA RECESION GINGIVAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA, JULIACA 2025, solicitando respectivos permisos para realizar dicha tesis, cumpliendo eficienteme su propósito.

Se expide la presente para fines que el interesado crea conveniente.

Juliaca, 20 de mayo del 2024



MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO  
CICLO DE SALUD SAN ROMAN  
*David Alfredo Llanos Miranda*  
DAVID ALFREDO LLANOS MIRANDA  
JEFE DE MICRO RED SANTA ADRIANA  
C.M.P. 50720



## APÉNDICE 5. COSENTIMIENTO INFORMADO

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente documento, autorizo a la Bach. Wendy Idme Chayña, para que realice el examen clínico de mi boca para la Propuesta de Investigación titulada: **Maloclusión dental y su relación con la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2025**; se me ha informado que éste examen no me ocasionará ningún daño; así mismo autorizo la toma de fotografías de mi boca.

Juliaca.....de.....202..

\_\_\_\_\_  
Firma y/o huella digital

## APÉNDICE 5. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Fotografía N° 1: Los pacientes seleccionados, firmaron el consentimiento informado.

Fotografía N° 2: Paciente con maloclusión dental.



Fotografía N° 3: paciente con maloclusión dental y recesión gingival.

### APÉNDICE 5. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

N°	Características demográficas			Maloclusión Dental		Recesión gingival		
	Edad (en años)	Grupo etario	Género	Severidad		Ubicación	Severidad	
				Derecho	Izquierdo		Maxil. Superior	Maxil. Inferior
		1: Joven 2: Adulto	1: Masculino 2: Femenino	1: Clase I 2: Clase II Sub 1 3: Clase II Sub 2	1: Clase I 2: Clase II Sub 1 3: Clase II Sub 2	0: No presenta 1: Maxilar Superior 2: Maxilar Inferior 3: Ambos maxilares	1: Clase I 2: Clase II 3: Clase III 4: Clase IV	1: Clase I 2: Clase II 3: Clase III 4: Clase IV
1	23	1	2	2	2	3	1	1
2	37	2	2	3	3	3	1	2
3	44	2	1	2	3	3	1	1
4	38	2	2	3	3	3	1	2
5	45	2	1	4	4	3	2	2
6	32	2	2	2	3	3	1	2
7	39	2	1	1	2	3	1	1
8	44	2	2	4	4	3	2	2
9	39	2	2	3	1	2	0	1
10	19	1	2	2	3	0	0	0
11	19	1	1	2	1	2	0	1
12	36	2	2	3	3	1	1	0
13	32	2	2	3	2	0	0	0
14	18	1	2	1	2	0	0	0
15	40	2	2	3	3	2	0	1
16	30	2	1	4	4	3	1	1
17	41	2	2	2	3	3	1	2
18	21	1	2	2	2	0	0	0
19	45	2	2	3	2	2	0	1
20	20	1	1	4	4	3	2	2
21	31	2	1	1	2	3	1	1
22	36	2	1	2	2	2	0	1
23	25	1	2	1	3	3	1	2
24	44	2	2	3	3	2	0	1
25	39	2	2	2	2	2	0	1
26	33	2	2	2	2	0	0	0
27	35	2	2	2	3	3	1	2
28	29	1	2	3	3	3	1	1
29	20	1	1	3	4	3	1	2
30	45	2	2	3	3	3	1	3
31	21	1	2	2	1	0	0	0
32	25	1	2	2	2	2	0	1
33	36	2	2	4	4	3	2	2
34	38	2	1	2	2	2	0	1
35	45	2	2	2	2	3	1	2
36	37	2	2	3	2	3	1	1
37	39	2	2	2	1	0	0	0
38	33	2	1	4	2	3	1	1



39	36	2	2	2	2	2	0	1
40	40	2	2	3	3	3	1	1
41	29	1	1	2	2	3	1	1
42	42	2	2	3	4	3	1	3
43	31	2	2	2	2	2	0	1
44	41	2	1	4	4	3	2	2
45	45	2	1	3	2	3	1	2
46	44	2	1	2	4	3	2	2
47	29	1	2	2	2	0	0	0
48	43	2	2	4	4	3	1	1
49	38	2	2	2	2	3	1	1
50	22	1	2	1	3	2	0	1
51	45	2	1	2	2	3	1	2
52	20	1	1	4	4	3	1	1
53	41	2	2	3	4	3	2	2
54	19	1	1	2	1	0	0	0
55	30	2	2	4	4	3	1	1
56	40	2	1	3	4	3	2	2
57	18	1	2	4	4	3	1	1
58	28	1	1	1	3	2	0	1
59	33	2	1	3	3	3	1	1
60	19	1	2	2	2	3	1	1
61	33	2	1	2	3	0	0	0
62	43	2	1	4	4	3	2	3
63	18	1	2	3	4	3	1	1
64	25	1	2	3	2	2	0	1
65	29	1	2	3	3	2	0	1
66	21	1	1	2	3	0	0	0
67	33	2	2	1	3	3	1	1
68	37	2	2	2	2	3	1	2
69	45	2	1	3	3	3	2	2
70	45	2	2	4	4	3	1	2
71	36	2	1	2	3	2	0	1
72	30	2	2	2	4	3	1	1
73	33	2	1	1	2	2	0	1
74	44	2	2	3	2	3	1	1
75	39	2	2	2	2	2	0	1
76	43	2	2	3	4	3	1	2
77	38	2	1	4	4	3	2	2
78	19	1	2	3	3	0	0	0
79	44	2	2	3	2	3	1	2
80	20	1	1	4	4	2	0	1
81	27	1	2	2	2	2	0	1
82	39	2	2	3	1	3	1	1
83	19	1	1	1	2	0	0	0



84	40	2	1	2	3	3	1	1
85	34	2	2	1	3	2	0	1
86	28	1	1	4	3	2	0	1
87	26	1	1	1	3	0	0	0
88	43	2	1	4	3	3	1	2
89	31	2	2	2	2	2	0	1
90	37	2	2	4	3	2	0	1
91	45	2	2	3	3	3	1	3
92	39	2	1	2	4	3	1	1
93	27	1	2	3	3	3	1	1
94	42	2	1	2	3	3	2	2



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



**ARTÍCULO CIENTÍFICO**  
**MALOCLUSIÓN DENTAL Y SU RELACIÓN CON**  
**LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES**  
**DEL CENTRO DE SALUD SANTA**  
**ADRIANA JULIACA 2025**

PRESENTADO POR:

**Bach. WENDY IDME CHAYÑA**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

**CIRUJANO DENTISTA**



.....  
**DR. EDUARDO LUJAN URVIOLA**  
**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**  
**DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

JULIACA - PERÚ

2025



## MALOCCLUSIÓN DENTAL Y SU RELACIÓN CON LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2025

DENTAL MALOCCLUSION AND ITS RELATIONSHIP WITH GINGIVAL RECESSION IN  
PATIENTS OF THE SANTA ADRIANA HEALTH CENTER JULIACA 2025

Idme W.<sup>1</sup>

Facultad de Odontología  
Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez  
Juliaca, Perú

<sup>1</sup>Bachiller en Odontología

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre la maloclusión dental y la recesión gingival en pacientes del Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2025. **Materiales y métodos:** Enfoque cuantitativo, tipo prospectivo, transversal, observacional, nivel relacional, diseño no experimental y el método cuantitativo. La muestra 94 pacientes de 18 a 45 años, seleccionados por muestreo probabilístico aleatorio simple. La técnica la observación. Los instrumentos las guías de observación. **Resultados:** el 31.91% de pacientes eran del grupo joven y 68.09% adultos. Sobre el género, el 38.30% eran de género masculino y 61.70% femenino. En el lado derecho, prevaleció la maloclusión dental Clase II Sub1 en 38.30%, en el lado izquierdo la Clase II Sub 2 en 35.11%. El 58.51% presentaron recesión en ambos maxilares. A la prueba Ji-cuadrado de Pearson no existió relación significativa de la maloclusión dental lado derecho y ubicación de la recesión gingival ( $p=0.0663$ ) pero si existió relación significativa con la maloclusión lado izquierdo ( $p=0.0029$ ). Existió relación significativa entre la maloclusión lado derecho e izquierdo y la recesión gingival en el maxilar superior,  $p=0.0012$ ,  $p=0.0000$  respectivamente. Existe relación significativa de la maloclusión lado izquierdo y la recesión en el maxilar inferior,  $p=0.0106$ ; pero no existió relación significativa con la maloclusión lado derecho  $p=0.0948$ . **Conclusión:** La maloclusión dental del lado derecho e izquierdo tienen relación estadísticamente significativa con la recesión gingival del maxilar superior, también existe relación de la maloclusión lado izquierdo y la recesión gingival en el maxilar inferior; pero no existe relación con la maloclusión del lado derecho.

**Palabras clave:** diente, maloclusión, recesión gingival.



## ABSTRACT

**Objective:** To determine the relationship between dental malocclusion and gingival recession in patients at the Santa Adriana Juliaca 2025 Health Center. **Materials and methods:** A quantitative approach was used: a prospective, cross-sectional, observational, relational approach, a non-experimental design, and a quantitative method. The sample consisted of 94 patients aged 18 to 45 years, selected by simple random probability sampling. The technique was observation. The instruments were observation guides. **Results:** 31.91% of patients were young and 68.09% were adults. Regarding gender, 38.30% were male and 61.70% female. On the right side, Class II Sub1 malocclusion was prevalent at 38.30%, and on the left side, Class II Sub 2 was prevalent at 35.11%. 58.51% presented recession in both jaws. Pearson's Chi-square test showed no significant relationship between right-sided malocclusion and location of gingival recession ( $p=0.0663$ ), but there was a significant relationship with left-sided malocclusion ( $p=0.0029$ ). There was a significant relationship between right- and left-sided malocclusion and gingival recession in the upper jaw,  $p=0.0012$  and  $p=0.0000$ , respectively. There was a significant relationship between left-sided malocclusion and lower jaw recession,  $p=0.0106$ ; but there was no significant relationship with right-sided malocclusion,  $p=0.0948$ . **Conclusion:** Right- and left-sided dental malocclusions are statistically significantly related to upper jaw gingival recession. There is also a relationship between left-sided malocclusion and lower jaw gingival recession; however, there is no relationship with right-sided malocclusion.

**Keywords:** caries, molar tooth, oral hygiene.

## INTRODUCCIÓN

Las maloclusiones dentales se describen como un desequilibrio en las alineaciones dentarias o en la relación oclusal intermaxilar. Estas alteraciones pueden dañar la estética facial y funcionalidad masticatoria, así también genera cargas anormales en el tejido periodontal. (1)

De igual forma, las recesiones gingivales se manifiestan por un desplazamiento de los márgenes

gingivales con dirección a apical, revelando la superficie radicular juntamente con sensibilidad dentaria, lesiones cariosas a nivel radicular y alteraciones en la estética. (1)

Las complicaciones durante el desarrollo y crecimiento normal de ambos maxilares, así como la mala alineación y la morfología anormal de las piezas dentales, generan maloclusiones. En las diversas



causas que crean estos problemas, se considera a los factores genéticos y medio ambientales como los de mayor relevancia. (2) Para identificar las maloclusiones, se aplica mayormente la clasificación dada por Edward Angle, el cual es catalogado como padre de la Oclusión Dental, (3)

Dentro de las complicaciones de la maloclusión dental está la recesión gingival, que es una patología de progreso lento, es destructivo, donde las encías adheridas de las piezas dentarias o solo de una, se posicionan con dirección a apical en relación a las uniones esmalte-cemento, algunas veces se presenta en la unión mucogingival y mucosas. (4,5)

Los dientes que se afectan más en las recesiones gingivales varían según el rango etario de las personas, los incisivos y premolares de la mandíbula se ven más dañados en la adultez, y los molares superiores son más afectados durante la niñez y en la adolescencia se dañan las piezas incisales inferiores permanentes. (6)

La clasificación de Miller es la más usada para determinar el grado de

severidad de la retracción de la encía, esta fue propuesta en 1998 (7).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Enfoque cuantitativo, tipo prospectivo, transversal, observacional, nivel relacional, diseño no experimental y método cuantitativo. El tamaño muestral 94 adultos de 18 a 45 años que acudieron en enero del 2025 al C.S. Santa Adriana, seleccionados por muestreo probabilístico aleatorio simple. La técnica la observación y el instrumento la guía de observación en la que incluyó la clasificación de Angle. En la otra guía se incluyó el periodontograma en el cual se consideró la ubicación y severidad de la retracción gingival según la clasificación de Miller. Las guías fueron validadas por criterio de 3 expertos.

## RESULTADOS

La maloclusión dentaria clase II Sub-1 tuvo el mayor porcentaje de recesión en ambos maxilares (17.02%) y también sólo en el maxilar inferior (11.70%). La maloclusión Clase II Sub 2 se asoció con recesión en ambos maxilares (21.28%) y maxilar inferior (6.38%). La maloclusión Clase III presentó alta

recesión en ambos maxilares (15.96%) y algo menor en el inferior (3.19%). No existiendo significativa correlación entre la severidad de la maloclusión dentaria lado derecho y la ubicación de la recesión gingival en pacientes;  $p = 0.0663$ . (Tabla N° 1)

**TABLA N° 1**  
RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO DERECHO Y LA UBICACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL

Maloclusión dental lado derecho	Ubicación de recesión gingival								Total	
	No presenta		Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Ambos maxilares		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Clase I	3	3.19	0	0.00	4	4.26	4	4.26	11	11.70
Clase II Sub 1	9	9.57	0	0.00	11	11.70	16	17.02	36	38.30
Clase II Sub 2	2	2.13	1	1.06	6	6.38	20	21.28	29	30.85
Clase III	0	0.00	0	0.00	3	3.19	15	15.96	18	19.15
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>14.89</b>	<b>1</b>	<b>1.06</b>	<b>24</b>	<b>25.53</b>	<b>55</b>	<b>58.51</b>	<b>94</b>	<b>100.00</b>

Nota: El valor del estadístico Ji - cuadrado fue  $\chi^2 = 16.0270$ , y tuvo una significancia  $p = 0.0663$

La maloclusión Clase II Sub 2 destacó con recesión en ambos maxilares (19.15%) y en el inferior (9.57%). La maloclusión Clase III también se asoció fuertemente con recesión en ambos maxilares (23.40%). Las maloclusiones clases I y II Sub 1 presentaron porcentajes bajos, salvo la maloclusión Clase II Sub 1 en ambos maxilares (14.89%) Existiendo correlación significativa entre la severidad de la maloclusión dentaria lado izquierdo y la ubicación de la recesión gingival en pacientes,  $p = 0.0029$ . (Tabla N° 2)

**TABLA N° 2**  
RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO IZQUIERDO Y LA UBICACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL

Maloclusión dental lado izquierdo	Ubicación de recesión gingival								Total	
	No presenta		Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Ambos maxilares		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Clase I	3	3.19	0	0.00	2	2.13	1	1.06	6	6.38
Clase II Sub 1	6	6.38	0	0.00	12	12.77	14	14.89	32	34.04
Clase II Sub 2	5	5.32	1	1.06	9	9.57	18	19.15	33	35.11
Clase III	0	0.00	0	0.00	1	1.06	22	23.40	23	24.47
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>14.89</b>	<b>1</b>	<b>1.06</b>	<b>24</b>	<b>25.53</b>	<b>55</b>	<b>58.51</b>	<b>94</b>	<b>100.00</b>

Nota: El valor del estadístico Ji - cuadrado fue  $\chi^2 = 25.0790$ , y tuvo una significancia  $p = 0.0029$

Los adultos con maloclusión dental Clase II Sub-2 presentaron retracción gingival Clase I en 19.15% y 3.19% en recesión Clase II. La maloclusión Clase II Sub 1 presentó 14.89% recesión Clase I y 2.13% con recesión Clase II. La maloclusión Clase III mostró mayor número en recesión Clase II (7.45%). La maloclusión Clase I tuvo una baja presencia de recesión. Existiendo significativa correlación entre la severidad de la maloclusión dentaria lado derecho y la severidad de la recesión gingival en el maxilar superior de los pacientes,  $p = 0.0012$ . (Tabla N° 3)

**TABLA N° 3**  
RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO DERECHO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN EL MAXILAR SUPERIOR

Maloclusión dental lado derecho	Severidad de recesión gingival						Total	
	No presenta		Clase I		Clase II		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Clase I	7	7.45	4	4.26	0	0.00	11	11.70
Clase II Sub 1	20	21.28	14	14.89	2	2.13	36	38.30
Clase II Sub 2	8	8.51	18	19.15	3	3.19	29	30.85
Clase III	3	3.19	8	8.51	7	7.45	18	19.15
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>40.43</b>	<b>44</b>	<b>46.81</b>	<b>12</b>	<b>12.77</b>	<b>94</b>	<b>100.00</b>

Nota: El valor del estadístico Ji - cuadrado fue  $\chi^2 = 22.0290$ , y tuvo una significancia  $p = 0.0012$ .



La maloclusión Clase II Sub 1 tuvo mayor presencia de recesión gingival Clase I (20.21%) y retracción Clase II (8.51%). La maloclusión dentaria Clase II Sub 2 en 14.89% estuvo acompañada de recesión Clase I y 9.57% en recesión Clase II. La maloclusión Clase III presentó 9.57% con recesión Clase I, 8.51% en recesión Clase II y 1.06% en recesión Clase III. La maloclusión Clase I se asoció levemente con recesión Clase I. No existiendo correlación significativa entre la severidad de la maloclusión dentaria lado derecho y la severidad de la recesión gingival en el maxilar inferior de adultos,  $p = 0.0948$ . (Tabla N° 4)

**TABLA N° 4**  
RELACION ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO DERECHO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN MAXILAR INFERIOR

Maloclusión dental lado derecho	Severidad de recesión gingival en maxilar inferior								Total	
	No presenta		Clase I		Clase II		Clase III		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Clase I	3	3.19	7	7.45	1	1.06	0	0.00	11	11.70
Clase II Sub 1	9	9.57	19	20.21	8	8.51	0	0.00	36	38.30
Clase II Sub 2	3	3.19	14	14.89	9	9.57	3	3.19	29	30.85
Clase III	0	0.00	9	9.57	8	8.51	1	1.06	18	19.15
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>15.96</b>	<b>49</b>	<b>52.13</b>	<b>26</b>	<b>27.66</b>	<b>4</b>	<b>4.26</b>	<b>94</b>	<b>100.00</b>

Nota: El valor del estadístico Ji - cuadrado fue  $\chi^2 = 14.8600$ , y tuvo una significancia  $p = 0.0948$

La maloclusión Clase II Sub 2 presentó 18.09% de recesión gingival Clase I y 2.13% retracción gingival Clase II. La maloclusión Clase III mostró severidad más avanzada con 12.77% de recesión gingival Clase I y

10.64% con recesión Clase II. La Clase II Sub 1 se mantuvo con recesión gingival Clase I (14.89%). Existiendo correlación significativa entre la severidad de la maloclusión dentaria lado izquierdo y la severidad de la recesión gingival en el maxilar superior de pacientes,  $p = 0.0000$ . (Tabla N° 5)

**TABLA N° 5**  
RELACION ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCLUSIÓN DENTAL LADO IZQUIERDO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN MAXILAR SUPERIOR

Maloclusión dental lado izquierdo	Severidad de recesión gingival en maxilar superior						Total	
	No presenta		Clase I		Clase II		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Clase I	5	5.32	1	1.06	0	0.00	6	6.38
Clase II Sub 1	18	19.15	14	14.89	0	0.00	32	34.04
Clase II Sub 2	14	14.89	17	18.09	2	2.13	33	35.11
Clase III	1	1.06	12	12.77	10	10.64	23	24.47
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>40.43</b>	<b>44</b>	<b>46.81</b>	<b>12</b>	<b>12.77</b>	<b>94</b>	<b>100.00</b>

Nota: El valor del estadístico Ji - cuadrado fue  $\chi^2 = 36.6860$ , y tuvo una significancia  $p = 0.0000$

Los adultos con maloclusión dentaria clase II Sub 1 tuvo el mayor porcentaje de recesión gingival clase I (22.34%) y retracción clase II (5.32%). La maloclusión clase II Sub 2 mostró distribución más amplia, con 17.02% en recesión gingival clase I, 9.57% en recesión clase II, y 2.13% en recesión clase III. Los adultos con maloclusión dental clase III presentaron retracción gingival clase II en 12.77% y 2.13% recesión gingival Clase III. Existió significativa correlación entre la severidad de la maloclusión dentaria lado izquierdo y

la severidad de la recesión gingival en el maxilar inferior de adultos,  $p = 0.0106$ . (Tabla N° 6)

TABLA N° 6  
RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE LA MALOCCLUSIÓN DENTAL LADO IZQUIERDO Y LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL EN MAXILAR INFERIOR

Maloclusión dental lado izquierdo	Severidad de recesión gingival en maxilar inferior									
	No presenta		Clase I		Clase II		Clase III		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Clase I	3	3.19	3	3.19	0	0.00	0	0.00	6	6.38
Clase II Sub 1	6	6.38	21	22.34	5	5.32	0	0.00	32	34.04
Clase II Sub 2	6	6.38	16	17.02	9	9.57	2	2.13	33	35.11
Clase III	0	0.00	9	9.57	12	12.77	2	2.13	23	24.47
Total	15	15.96	49	52.13	26	27.86	4	4.26	94	100.00

Nota: El valor del estadístico Ji - cuadrado fue  $\chi^2 = 21.5090$ , y tuvo una significancia  $p = 0.0106$

### DISCUSIÓN

Respecto a las asociaciones de la maloclusión dentaria con la recesión gingival, los resultados determinan que la maloclusión Clase II Sub1 y 2, fueron las que se presentaron en mayor frecuencia en ambas hemiarquadas de la cavidad bucal, relacionado a una mayor existencia de la recesión gingival, en especial en los dos maxilares. Este hallazgo coincide parcialmente con lo planteado por Ramos AL(1), que indicó que las recesiones gingivales se manifiestan en edades tempranas, de esta forma la maloclusión es una causa etiológica importante. En su estudio se evidenció que la recesión daña a 24.3% en la juventud de 16 a 19 años, y en la actual investigación se describe la recesión gingival en un

85.11% del total de pacientes, incluyendo adultos, lo cual explicaría el incremento en el porcentaje obtenido.

Por otro lado, los datos de Cavieres B (8), refuerzan la conexión observada en la actual investigación. En su estudio, las recesiones gingivales dañan un 93.56% a los estudiantes que fueron evaluados, donde el 75.2% de estos casos tuvo acceso directo con la existencia de maloclusiones. Este porcentaje es superior a lo detallado en la población de nuestro estudio, donde las maloclusiones se determinaron que tienen una significativa correlación con la gravedad de la recesión en los maxilares superiores, en especial en la zona izquierda ( $p=0.0000$ ). Estas coincidencias consolidan la hipótesis de que la maloclusión dental no daña solo la estética y función, también podrían comprometer el bienestar periodontal a través de la recesión gingival.

El grupo etario más representado en nuestro estudio fue el adulto, con un 68.09%, lo cual concuerda con los hallazgos de Ardani IG (9), quien reportó que la recesión gingival fue más común entre los 31 y 35 años. Esta coincidencia sugiere que a



medida que avanza la edad, los tejidos periodontales pueden volverse más vulnerables a cambios patológicos como la recesión gingival, posiblemente por factores acumulativos como el trauma oclusal, hábitos de higiene inadecuados o biotipo gingival.

En relación a la severidad de las recesiones de la gingiva, nuestra investigación determina que la recesión clase I fue la que predominó, en especial en la mandíbula con un 52.13% y en el maxilar superior con 46.81%. Estos resultados coinciden ampliamente con los resultados de Amaro Y (10), quien también reportó un predominio abrumador de retracción gingival clase I en el 97.7% de los casos. Asimismo, su estudio identificó que el 64.8% de las recesiones se localizaron en los dientes mandibulares, similar a nuestro hallazgo donde el 25.53% tuvo recesión solo en el maxilar inferior, y el 58.51% en ambas arcadas.

En cuanto al impacto de la malposición dentaria sobre la recesión gingival, Condori A (11) describe que un 51,52% de las recesiones tienen relación con piezas dentarias mal posicionadas, sin embargo, su análisis estadístico no

halló diferencia importante entre las maloclusiones en general con los contornos gingivales. En contraste, nuestro estudio encontró asociaciones estadísticamente significativas entre tipos específicos de maloclusiones con la severidad de las recesiones gingivales, especialmente para el maxilar superior, lo que sugiere que el enfoque analítico detallado por lados y por clases específicas de maloclusión puede ofrecer una mayor sensibilidad para detectar estas relaciones.

Asimismo, el estudio de Vega FA (12), al determinar un mayor predominio de recesión gingival clase II (65,21%), constata totalmente con nuestros resultados, en el cual predomina la recesión clase I en los dos maxilares, (46,81% en parte superior y un 52,13% en el inferior) Esta diferencia puede responder a criterios de diagnóstico, diferencias de edad o severidad del trauma oclusal presente en las distintas poblaciones evaluadas

#### **CONCLUSIÓN:**

La maloclusión dental del lado derecho e izquierdo tiene correlación estadísticamente significativa con la recesión gingival del maxilar superior



( $p=0.0012$ ), también existe relación significativa de la maloclusión dentaria del lado izquierdo y la recesión gingival en el maxilar inferior,  $p=0.0106$ ; pero no existe significativa correlación de la maloclusión dental del lado derecho y la recesión gingival del maxilar inferior ( $p=0.0948$ ).

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos AL, Sarduy L RL. Recesión periodontal y factores asociados en adolescentes. *OdontoSantiago* 2023.
2. Gantz OC SBMP. Prevalencia de anomalías dentomaxilares verticales y hábitos orales disfuncionales en niños de 4 a 6 años de edad con dentición temporal completa. *Rev Chil Ortod* 2013; 30(2):54-61.
3. Janson G, Sathler R, Fernández T, Zanda M PA. Class II malocclusion occlusal severity description. *J Appl Oral Sci.* 2009; 18(4): 397- 402.
4. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5:8-13.
5. Lindhe J LN. *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. 6ta ed. Editorial médica Panamericana S.A. España. 2017.
6. Bascones A. *Periodoncia clínica e implantología oral*, 4ta ed. Madrid: Lexus; 2014.
7. Jain S, Kaur H AR. Classification systems of gingival recession: An update. *Indian journal of dental sciences.* 2017; 9(1):(52).
8. Cavieres B, Cuellar E, Nalley M, Anwandter A OD. 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.
9. Ardani IGAW, Dinata FC TA. The Importance of the Occlusal Plane in Predicting Better Facial Soft Tissue in Class II Malocclusion in Ethnic Javanese. *Eur J Dent.* 2020 Jul;14(3):429-434. doi: 10.1055/s-0040-1713331. Epub 2020 Jun 26.
10. Amaro Y, Alvarado G MN. Prevalencia e indicadores de riesgo de recesiones gingivales en adolescentes de Valdivia en el año 2018. *Int j interdiscip dent vol13 no1 Santiago abr 2020.*
11. Condori A. Influencia de la recesión gingival visible y de la malposición dentaria individual en el contorno gingival en pacientes del Centro Odontológico de la UCSM. Arequipa, 2019. [Tesis Cirujano Dentista] Arequipa: Universidad Católica de Santa María, 2021.
12. Vega FA. Relación entre el biotipo periodontal y recesión gingival en el personal de tropa de la 4ta brigada de montaña, Puno 2021 [Tesis Cirujano Dentista] Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. 2022.



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital [X]

Fecha de entrega: 13/11/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: WENDY IDME CHAYÑA

Dirección: Urb. Villa magisterial mz LL lte 1

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 71892848

Teléfono: 917307645 email: wenidme.20@gmail.com

Nombres y Apellidos:

Dirección:

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:

Teléfono: email:

Facultad y/o Escuela de Posgrado: ODONTOLOGÍA

Escuela Profesional o Mención: ODONTOLOGÍA

Título o Grado Académico a optar: CIRUJANO DENTISTA

Asesor: Dra. EDITH CARICHECA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación [ ] Tesis [X] Trabajo de Suficiencia Profesional [ ] Trabajo Académico [ ]

Título: MALOCLUSIÓN DENTAL Y SU RELACIÓN CON LA RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2025

Palabras claves, (3 a 5 términos): Diente, maloclusión, recesión gingival.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV 1, 2?

1

1 Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

2 Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller  Título  2da Especialidad  Maestría  Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

**Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.**

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

**Sí:** significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

**No:** significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



**Jurisdicción de su Licencia**

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: Odontología, cirugía oral, medicina oral – P31

Firma de Autor



huella digital

13 de noviembre del 2025

Fecha