

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LAS RECESIONES GINGIVALES.

A propósito de un estudio transversal

Prevalence and risk factors of gingival recessions. About a cross-sectional study

POR

YOSELYN **DA CAMARA**¹

ANDRÉS **MORENO**²

STEPHANIE **PADRÓN**³

RODOLFO **GUTIÉRREZ**⁴

1. Odontólogo. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela. odyoselyndacamara@gmail.com
 orcid.org/0009-0001-3555-7947
2. Odontólogo. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela. andres88moreno@gmail.com
 orcid.org/0009-0009-5359-0589
3. Odontólogo. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela. sthephanievpadron@gmail.com
 orcid.org/0009-0004-7860-8443
4. Especialista en Periodoncia. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela. Profesor. Cátedra de Periodoncia. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela. odgutierrezrodolfo@gmail.com
 orcid.org/0000-0002-1086-6989

Autor de correspondencia: Rodolfo Javier Gutiérrez-Flores. Periodoncista, Universidad Central de Venezuela. Caracas. Cel: +584107564085. odgutierrezrodolfo@gmail.com

Cómo citar: Da Camara Y, Moreno A, Padrón S, Gutiérrez R. Prevalencia y factores de riesgo de las recesiones gingivales. A propósito de un estudio transversal. ROLA, 2026; 21(2): 60-71.



Resumen

La recesión gingival es definida como una deformidad mucogingival representada por el desplazamiento del margen gingival apical a la unión amelocementaria, con la exposición de la superficie radicular a la cavidad bucal, trayendo como consecuencia una corona clínica más amplia en sentido ocluso-gingival, aparición de problemas estéticos, en especial en el sector anterior, hipersensibilidad dentinaria, caries radicular y abrasión. Constituyen uno de los problemas periodontales que más afecta a la población mundial. El objetivo fue evaluar prevalencia y factores de riesgo en los pacientes atendidos en el servicio de odontología de la Fundación Hospital Ortopédico Infantil. Se realizó una investigación descriptiva y transversal en una población de 471 pacientes durante 3 meses, de los cuales 58 cumplieron con los criterios de inclusión formando parte de la muestra. Los resultados muestran que el grupo etario con mayor prevalencia fue el de 45-59 años, con mayor tendencia en el género femenino, donde el primer premolar inferior izquierdo fue la unidad dentaria más afectada y la malposición dental se presentó como la etiología más frecuente entre los pacientes. La RTI fue la RG más prevalente. Se concluye que estas son de alta prevalencia, siendo las deformidades mucogingivales las que representan un desafío clínico de gran importancia.

PALABRAS CLAVE (DeCS): recesión gingival, etiología, factores de riesgo, prevalencia.

Abstract

Gingival recession is defined as a mucogingival deformity represented by the displacement of the apical gingival margin to the amelocementary junction, with the exposure of the root surface to the oral cavity, resulting in a wider clinical crown in the occluso-gingival direction, the appearance of aesthetic problems, especially in the anterior sector, dentin hypersensitivity, root caries and abrasion. They are one of the periodontal problems that most affect the world's population. The objective was to evaluate prevalence and risk factors in patients treated in the dentistry service of the Children's Orthopedic Hospital Foundation. A descriptive and cross-sectional study was carried out in a population of 471 patients for 3 months, of which 58 met the inclusion criteria as part of the sample. The results show that the age group with the highest prevalence was 45-59 years, with a greater prevalence among females, in which the left lower first premolar was the most affected dental unit, and dental malposition was the most frequent etiology among patients. RTI was the most prevalent gingival recession. It is concluded that these are highly prevalent, with mucogingival deformities representing a clinical challenge of great importance.

KEYWORDS (MeSH): gingival recession, etiology, risk factors, prevalence.

Introducción

La recesión gingival (RG) es definida como una deformidad mucogingival representada por el desplazamiento del margen gingival apical a la unión amelocementaria, con la exposición de la superficie radicular a la cavidad bucal trayendo como consecuencia una corona clínica más amplia en sentido ocluso-gingival, lo que conlleva a la aparición de problemas estéticos, en especial si se trata del sector anterior, además de hipersensibilidad dentinaria, caries radicular y abrasión¹⁻⁵. Las deformidades mucogingivales pueden ser localizadas en tejidos blandos o estar asociadas con defectos en el hueso subyacente y pueden mostrar diferentes grados de gravedad y extensión⁶. Tafur M. *et al.*⁷ describe que la RG es uno de los defectos más comunes de la cavidad oral, y que la exposición de la superficie radicular origina pérdida de las fibras del tejido conectivo, lo cual, en algunos casos, se acompaña de la reabsorción de la cresta ósea alveolar⁷.

La RG es una condición periodontal que se presenta frecuentemente en los pacientes a escala mundial. Los estudios de prevalencia reportan diferentes magnitudes del problema, que van de 30% a 100%, según la población estudiada y las edades de los sujetos¹. También se ha establecido que con la edad de la población existe un aumento en prevalencia, número de dientes afectados y severidad de las RG¹. Sigala A. *et al.*⁸ realizaron un estudio constituido generalmente por mujeres (70,4%) en edad adulta, presentando frecuencia de RG considerablemente elevada (59,2%). La edad se presentó como una variable con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin RG, considerando la edad como un factor que se asocia estadísticamente con la presencia de RG. Sin embargo, Morales A. *et al.*⁹ realizaron un estudio y evaluaron a 141 adolescentes entre 10 y 19 años de edad obteniendo como resultado que la RG predominó en el grupo etario de 16 a 19 años (24,3%), y el sexo masculino fue el de mayor prevalencia (35,4%)⁹.

La RG es de etiología multifactorial, entre los que se incluyen la inflamación inducida por biopelícula dental, traumatismo por prácticas de higiene bucal inadecuadas, cálculo dental, inserción del frenillo y bridas laterales altas, factores iatrogénicos restauradores, malposiciones dentales, movimientos ortodónticos y procedimientos periodontales inadecuados¹⁰⁻¹³. Romano F. *et al.*¹⁴ determinaron que las RG pueden ser localizadas o generalizadas y pueden involucrar una o más superficies. Entre los factores potenciales que pueden llevar al desplazamiento apical del margen gingival se tiene la malposición dentaria, el fenotipo festoneado delgado, el traumatismo mecánico y la inflamación inducida por biopelícula¹⁴.

Por otra parte, actualmente la clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias establecida en el Taller Mundial de Enfermedades Periodontales y Periimplantarias celebrado en el año 2017 en Chicago, Estados Unidos, por las dos principales asociaciones científicas mundiales de

Periodoncia, la Academia Americana de Periodoncia (AAP) y la Federación Europea de Periodontología (FEP) incluye a las RG dentro del apartado de deformidades y condiciones mucogingivales¹⁵. Durante este taller mundial se adoptó la clasificación de Cairo *et al.*¹⁷ como el sistema de clasificación de referencia de RG^{5,13,15}. Dicha clasificación fue propuesta por Cairo *et al.*¹⁷ en 2011, la cual combina parámetros clínicos como el fenotipo periodontal, la pérdida de inserción interproximal y las características de la superficie radicular expuesta¹⁶. Esta clasificación se basa en la evaluación del nivel de inserción clínica de las zonas interproximales y vestibulares. Cairo *et al.*¹⁷ establecen tres tipos de recesiones:

- Recesión tipo 1 (RT1), sin pérdida de inserción interproximal. La unión amelocementaria interproximal no es clínicamente detectable en las caras mesial y distal del diente.
- Recesión tipo 2 (RT2), recesión gingival asociada con pérdida de inserción interproximal (medida desde la unión amelocementaria interproximal hasta la profundidad del surco interproximal) es menor o igual que la pérdida de inserción vestibular (medida desde la unión amelocementaria vestibular hasta el fondo del surco vestibular).
- Recesión tipo 3 (RT3), recesión gingival asociada con pérdida de inserción interproximal (medida desde la unión amelocementaria interproximal hasta la profundidad del surco interproximal) es mayor que la pérdida de inserción vestibular (medida desde la unión amelocementaria vestibular hasta el fondo del surco vestibular).

Las RG son uno de los problemas periodontales que afectan a la población mundial en general. Gutiérrez R. *et al.*¹² señalaron en su estudio que la mayor prevalencia de RG (74,9%) se observó en personas entre 21 y 30 años, en el género femenino fue predominante, siendo los factores traumáticos los más prevalentes con 53,3%. Sin embargo, a pesar de los avances en la investigación, en Venezuela no existen datos sobre la prevalencia de las RG según la actual clasificación. En la Fundación Hospital Ortopédico Infantil (FHOI) asisten diariamente un gran porcentaje de pacientes con esta condición. Es por ello que el objetivo principal de este estudio fue evaluar la prevalencia y factores de riesgo de las RG en los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología de la FHOI Caracas-Venezuela.

Metodología

Se realizó una investigación descriptiva y de corte transversal. Se observaron las RG en los pacientes sin manipular el entorno y durante un momento único. La población estuvo conformada por 471 pacientes que asistieron al Servicio de Odontología de FHOI en Caracas, Venezuela, durante el periodo comprendido entre marzo y mayo de 2025. La muestra fue seleccionada a

través de un muestreo no probabilístico, conformado por 58 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: dentados mayores de 18 años de edad con diagnóstico clínico de deformidad mucogingival tipo RG. Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que presentaban agrandamiento gingival, lesiones cervicales cariosas y no cariosas, tratamiento de ortodoncia, individuos con condiciones congénitas o traumáticas que afectaran la anatomía gingival y enfermedades sistémicas que puedan afectar la salud periodontal.

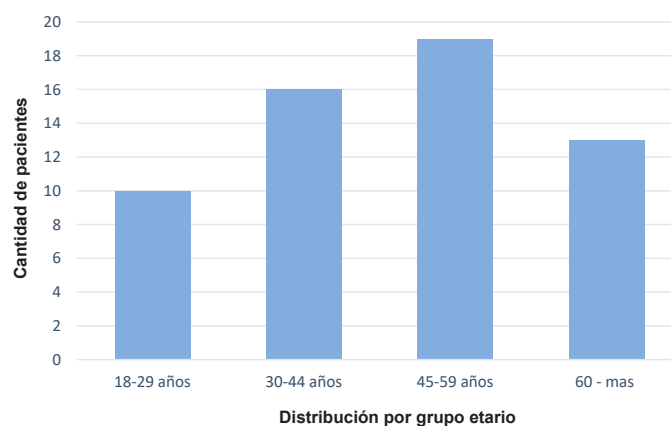
Posteriormente al consentimiento informado por parte del paciente, se procedió a realizar un examen clínico intraoral, mediante el método de observación se recopilaron los datos necesarios para el estudio: diagnóstico periodontal, tipo y ubicación del diente afectado en la arcada. Se diseñó un instrumento de recolección de datos en el cual se tomaron como referencia edad y género del paciente, diagnóstico periodontal, tipo y ubicación del diente en la arcada y el tipo de RG que presentaba de acuerdo a la clasificación de Cairo *et al.*¹⁷. Dicho instrumento fue avalado por los especialistas en el área de periodoncia, quienes trabajan en el servicio de odontología de FHOI. Los examinadores fueron debidamente calibrados en la aplicación del instrumento, obteniéndose una concordancia intra-interexaminador óptima.

Se solicitó aval de bioética al comité de la FHOI, el cual fue aprobado por el mismo para la realización de esta investigación. Los datos fueron procesados bajo estadísticas descriptivas para poder organizar, resumir y presentar de manera clara y comprensible los datos obtenidos en el estudio.

Resultados

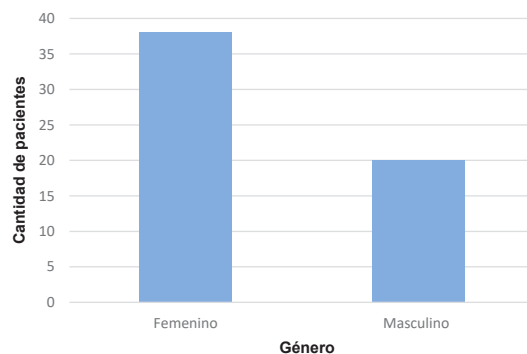
De acuerdo a los resultados, en la FIGURA 1 se expone la distribución de pacientes de la muestra por grupo etario; se puede observar que se obtuvieron 19 pacientes de edad comprendida entre los 45 y 59 años de edad, lo cual representó el 32,75% de la población de la muestra.

FIGURA 1. Distribución de pacientes de la muestra por grupo etario con diagnóstico de RG.



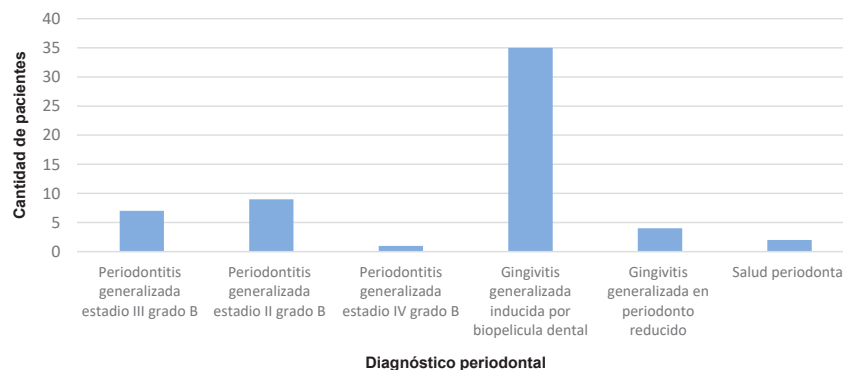
En la **FIGURA 2** se presenta la distribución de pacientes de la muestra relacionada con el género, donde la mayor prevalencia de la muestra fue el género femenino con un total de 38 pacientes que equivale al 65,51% diagnosticadas con RG.

FIGURA 2. Distribución de los pacientes de la muestra por género.



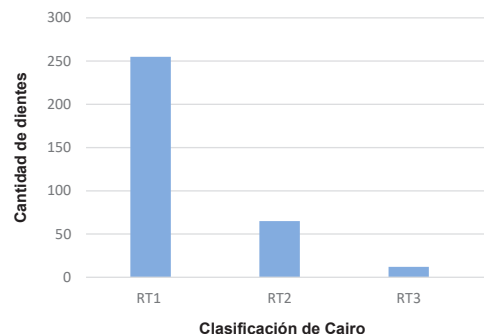
En la **FIGURA 3** siguiente se observa la distribución de la muestra examinada según diagnóstico periodontal, se puede observar que los examinados tuvieron diferentes diagnósticos periodontales, y la gingivitis generalizada inducida por biopelícula dental fue la que tuvo mayor predominancia con un total de 35 pacientes, lo que equivale al 60,34% de la muestra.

FIGURA 3. Distribución de pacientes de muestra según el diagnóstico periodontal.



Teniendo en cuenta las RG según la clasificación de Cairo *et al.*¹⁷, el análisis de la muestra, como se observa en la **FIGURA 4**, de los 58 pacientes que formaron parte del estudio, se obtuvo 255 RT1 (76,57%), 65 RT2 (19,57%) y 12 RT3 (3,59%).

FIGURA 4. Cantidad de dientes con recesiones gingivales según la clasificación de Cairo¹⁷.



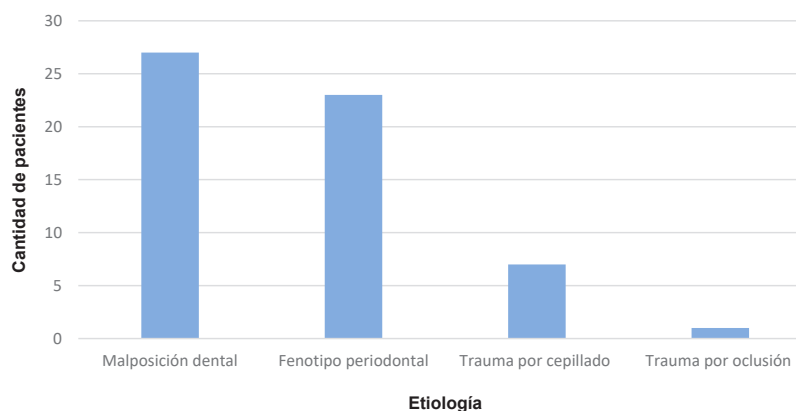
Según los resultados obtenidos, en la **TABLA 1**, se observa la distribución de dientes que presentaron RT1, la cual fue la más prevalente de la muestra. El diente con mayor prevalencia de recesión gingival RT1 según la Clasificación de Cairo¹⁷ fue el primer premolar inferior izquierdo (9,41%). Sin embargo, es importante aclarar que la tabla refleja que los premolares de los cuatro cuadrantes tienen mayor tendencia de recesiones con respecto a las demás unidades dentarias.

TABLA 1. Distribución de dientes con recesión gingival tipo RT1, RT2 y RT3.

	RT1			RT2		RT3	
	UD	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Cuadrante I	1.1	4	1,5%	-	-	-	-
	1.2	2	0,7%	-	-	-	-
	1.3	7	2,7%	1	1,5%	-	-
	1.4	19	7,4%	5	7,6%	-	-
	1.5	13	5%	2	3%	-	-
	1.6	13	5%	4	6,1%	-	-
	1.7	3	1,1%	1	1,5%	1	8,3%
Cuadrante II	2.1	3	1,1%	-	-	-	-
	2.2	4	1,5%	-	-	-	-
	2.3	9	3,5%	-	-	-	-
	2.4	15	5,8%	4	6,1%	-	-
	2.5	9	3,5%	-	-	-	-
	2.6	5	1,9%	7	10,7%	1	8,3%
	2.7	-	-	3	4,6%	1	8,3%
Cuadrante III	3.1	8	3,1%	5	7,6%	1	8,3%
	3.2	7	2,7%	2	3%	-	-
	3.3	12	4,7%	-	-	-	-
	3.4	24	9,41%	2	3%	-	-
	3.5	15	5,8%	5	7,6%	1	8,3%
	3.6	10	3,9%	4	6,1%	-	-
	3.7	3	1,1%	4	6,1%	-	-
Cuadrante IV	4.1	8	3,1%	4	6,1%	1	8,3%
	4.2	4	1,5%	4	6,1%	1	8,3%
	4.3	7	2,7%	1	1,5%	-	-
	4.4	22	8,6%	1	1,5%	1	8,3%
	4.5	22	8,6%	3	4,6%	-	-
	4.6	6	2,3%	3	4,6%	4	33,3%
	4.7	1	0,3%	-	-	-	-
Total		255	100%	65	100%	12	100%

Al hacer referencia a las etiologías que pueden causar las RG en los pacientes, la FIGURA 5 evidencia las que se presentaron con mayor frecuencia en la muestra de estudio. Según lo observado, la etiología con mayor prevalencia fue la malposición dentaria con un total de 27 pacientes afectados con RG, lo que equivale al 46,55% de la muestra.

FIGURA 5. Etiología de las RG.



Discusión

Las RG son las deformidades mucogingivales más comunes, y que pueden afectar a la población general. De acuerdo a la distribución de pacientes de la muestra por grupo etario, se observó que la mayor prevalencia de recesiones se presentó en las edades comprendidas entre 45-59 años. Los resultados de este estudio se asemejan a los de Castro *et al.*¹⁸ en donde la mayor prevalencia de RG se observó en el grupo etario de 40-59 años (46,6%). Sin embargo, estos resultados difieren con otras investigaciones como la de Gutiérrez *et al.*¹² los cuales obtuvieron que el grupo etario con más casos diagnosticados fue el que se encontraban entre los 21-30 años de edad (33,22%). Así mismo, en el estudio realizado por Morales A. *et al.*⁹ predominaron las RG en el grupo etario de 16 a 19 años (24,3%). De la misma manera, los resultados de este estudio no coinciden con los de Moura *et al.*⁵ donde se observó que la presencia de RG aumenta con la edad y la mayor prevalencia de las mismas se presenta en individuos de 65 años en adelante.

Con respecto a la relación del género y la presencia de RG se observó que la mayor prevalencia se presentó en el género femenino (65,51%) con respecto a los masculinos (34,48%). Estos resultados se asemejan con los de Sigala *et al.*⁸ donde observaron mayor prevalencia en el género femenino (59,2%). De igual forma, coinciden con los estudios de Gutiérrez *et al.*¹² y Castro *et al.*¹⁸ donde hubo mayor predominio en el género femenino (56,2%) y (52,2%). Sin embargo, difieren con Morales A. *et al.*⁹ donde el mayor predominio de pacientes con RG fue del género masculino (35,4%).

Por otra parte, se ha asociado la presencia de RG con enfermedad periodontal en estadios III/IV. Sin embargo, estas se pueden presentar en periodontos sanos o en pacientes con gingivitis. De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio se observó que la mayor prevalencia de RG se presentó en pacientes con gingivitis generalizada inducida por biopelícula dental (60,34%). Dichos resultados coinciden con Gül *et al.*¹⁹ donde la mayor prevalencia de RG se presentó en pacientes con gingivitis generalizada inducida por biopelícula dental. Sin embargo, los resultados obtenidos difieren con Ríos *et al.*²⁰ el cual en su estudio se observó que hubo mayor incidencia (42,3%) de RG en pacientes con periodontitis estadio III/IV. Así mismo, los resultados no se asemejan a los de El Kholti *et al.*²¹ en el que su estudio determinó que el grupo que presentó mayor prevalencia de RG era aquel que presentaba periodontitis en estadio II (86,5%) donde el grado B fue el de mayor predominancia (61,3%).

En cuanto a la cantidad de dientes afectados con RG según la Clasificación de Cairo¹⁷, se presentó un mayor porcentaje en las recesiones RT1 (76,64%). Este resultado se asemeja con los obtenidos por García *et al.*²² el cual obtuvo en su estudio una mayor prevalencia de recesiones RT1 (48,9%). De la misma manera, se encontró similitud de los resultados con los obtenidos por Romano *et al.*¹⁴ donde la RT1 se presentó con mayor incidencia (40,90%) Sin embargo, difieren con los resultados obtenidos por El Kholti *et al.*²¹, en la que el tipo de recesión RT3 fue la más prevalente (85,75%). De igual forma, los resultados obtenidos en este estudio no se asemejan a los de Moura *et al.*⁵ donde la RT3 fue la que tuvo mayor porcentaje de prevalencia (37,7%).

Con respecto a la distribución de dientes de cada cuadrante de la cavidad bucal, se observó que el diente con mayor prevalencia es el primer premolar inferior izquierdo (9,41%). Se encontró similitud de resultados con los obtenidos por Fragkioudakis *et al.*²³ donde dicho diente fue el diente susceptible a la presencia de RG (11,20%). Sin embargo, estos resultados difieren con Morales A. *et al.*⁹ quienes en su estudio observaron que el grupo dentario con mayor predominio de recesión gingival fue los incisivos centrales inferiores (63,4%). De igual forma, los resultados de este estudio no se asemejan a los obtenidos por El Kholti *et al.*²¹ en donde se observó que los incisivos inferiores eran los dientes más prevalentes a RG (79,8%).

Por otro lado, en cuanto a la prevalencia de las diferentes etiologías que pueden conllevar a desarrollar RG se presentó un mayor porcentaje asociado a la malposición dental (46,55%), el cual se asemeja a los resultados obtenidos por Morales A. *et al.*⁹ donde la malposición dental estuvo dentro de las etiologías más frecuentes del estudio (23,5%). Sin embargo, difiere con la investigación de Gutiérrez *et al.*¹² en la que su estudio demostró que el mayor número de casos de recesiones gingivales está asociado a factores traumáti-

cos (53,3%). De igual forma, los resultados de este estudio no se asemejan a los resultados obtenidos por Moura *et al.*⁵ en los que el fenotipo periodontal, específicamente el fenotipo delgado (56%), presentó mayor prevalencia de recesiones gingivales.

El tamaño muestral, puede no ser completamente representativa de toda la población, lo que puede ser traducida como una limitación del estudio. Esta limitación abre la posibilidad de realizar futuros estudios con muestras más amplias y estratificadas, para obtener una comprensión más precisa de los factores de riesgo y la evolución de las recesiones gingivales.

Por otro lado, los hallazgos del estudio tienen una alta aplicabilidad en la práctica clínica diaria. La prevalencia, especialmente en población joven, implica la necesidad de que los profesionales de la odontología realicen evaluaciones periódicas y diagnósticos tempranos, identificando a los pacientes en riesgo antes de que se desarrollen complicaciones mayores como hipersensibilidad o pérdida de soporte óseo. La incorporación de estos resultados en la práctica clínica permite fortalecer las estrategias preventivas y programar intervenciones mínimas, adaptadas a las características específicas de cada paciente, optimizando así los recursos y mejorando la calidad de vida oral de los pacientes.

Conclusión

La prevalencia de las RG confirma que son las deformidades mucogingivales que afecta más comúnmente a la población, constituyendo un desafío clínico de gran importancia, representando no solo un desafío estético, sino una condición que compromete la salud bucodental del paciente. El manejo exitoso de las RG requiere un diagnóstico preciso de su etiología para la implementación del tratamiento más adecuado, desde un abordaje inicial como la modificación de hábitos hasta tratamientos quirúrgicos de recubrimiento radicular.

Bibliografía

1. Amaro Y, Alvarado G, Manqui N. Prevalencia e indicadores de riesgo de recesiones gingivales en adolescentes de Valdivia en el año 2018. *Int. J Interdiscip. Dent.* 2020; 13(1): 21-25.
2. Baltazar A, Mireles N, Rodríguez N, Rodríguez J, Gutiérrez De. Treatment of cairo type I and II gingival recessions: Case report. *Int. J Interdiscip. Dent.* 2022; 15(2): 154-156.
3. Silva E, López M, Romero P. Importancia de la encía insertada en la prevención de enfermedades periodontales y periimplantarias. *ADM.* 2018; 75(6): 306-11.
4. Fageeh H, Fageeh H, Bhati A, Thubab A, Sharrahi H, Aljabri Y, Alotaibi F. Assessing the Reliability of Miller's Classification and Cairo's Classification in Classifying Gingival Recession Defects: A Comparison Study. *Medicina (Kaunas).* 2024; 60(2): 205. Doi: 10.3390/medicina60020205.
5. Moura B, Salazar F, Costa R, Cabral C, Reis C. The Prevalence of Gingival Recession According to the Cairo Classification in a Population from the North of Portugal. *Dent J (Basel).* 2024; 12(12): 376. Doi: 10.3390/dj12120376.

6. Lugo G, Yibrin C, Dávila L, Giménez X, Romero I, Rojas T, Infante J, Arteaga S, Sosa L, Palacios M, Gutiérrez R. Repercusión periodontal de las deformidades y condiciones mucogingivales. *Rev Odont de Los Andes*. 2019; 14(2): 146-155.
7. Tafur M, Castro C, Mendoza G. Factores asociados al recubrimiento total de recesiones gingivales clases I y II de Miller. *Rev Cubana Estomatol*. 2021; 58(2).
8. Sigala A, Donohue A, Cuevas J, Tovar K, Varela E, Fornelli F. Recesiones Gingivales y su Relación con el Perfil Sociodemográfico y Periodontal: Estudio de Casos y Controles. *Int. J. Odontostomat*. 2025; 19(1): 8-14.
9. Morales A, Bermúdez S, Rodríguez L. Recesión periodontal y factores asociados en adolescentes. I Congreso Internacional OdontoSantiago 2023 – Sociedad Cubana de Ciencias Estomatológicas. Capítulo Santiago de Cuba. Universidad de Ciencias Médicas. Cuba. [Internet] Disponible en: <https://odontosantiago2023.sld.cu/index.php/odontosantiago/2023/paper/viewFile/241/128>
10. Cavieres B, Cuellar E, Nally M, Anwandter A, Ortuño D. Factores asociados a prevalencia de recesiones gingivales en alumnos de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, Santiago de Chile en 2022. *Medwave* 2024; 24(8): e2784. Doi: 10.5867/medwave.2024.08.2784
11. Niemczyk W, Niemczyk S, Prokurat M, Grudnik K, Migas M, Wągrowaska K, Lau K, Kasperczyk J. Etiology of gingival recession - a literature review. *Wiad Lek*. 2024; 77(5): 1080-1085. Doi: 10.36740/WLek202405131.
12. Gutiérrez R, Semidey K, Rojas I, París I, Palacios MF. Prevalencia de recesiones gingivales en pacientes atendidos en la clínica de Periodoncia de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela en el periodo 2009-2018. *IDEULA*. 2021; 2(6): 106-120.
13. Sarhan S, Ahmed E, Hussein R, Abou-Bakr A. Prevalence, etiology and clinical characteristics of gingival recession in a sample of adult Egyptian dental patients: a cross sectional study. *BMC Oral Health*. 2025; 25(1): 691. Doi: 10.1186/s12903-025-06020-3.
14. Romano F, Perotto S, Baima G, Macrì G, Picollo F, Romandini M, Mariani G, Aimetti M. Estimates and multivariable risk assessment of mid-buccal gingival recessions in an Italian adult population according to the 2018 World Workshop Classification System. *Clin Oral Investig*. 2022; 26(7): 4769-4780. Doi: 10.1007/s00784-022-04441-w.
15. Lugo G, Yibrin C, Dávila L, Giménez X, Romero I, Rojas T, Infante J, Arteaga S, Sosa L, Palacios M, Gutiérrez R. Clasificación de las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantares. *Rev. Odont. de Los Andes*. 2019; 14(2): 10-24. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/odontoula/article/view/15908>
16. Caton J, Armitage G, Berglundh T, Chapple I, Jepsen S, Kornman K, Mealey B, Papapanou P, Sanz M, Tonetti M. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol*. 2018; 45 Suppl 20: S1-S8. Doi: 10.1111/jcpe.12935.
17. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol*. 2011; 38: 661-666. Doi:10.1111/j.1600-051X.2011.01732.x.
18. Castro Y, Grados S. Frecuencias e indicadores de riesgo de las recesiones gingivales en una muestra peruana. *Rev Clín de Period, Implant y Rehab Oral*. 2017; 10(3): 135-140.
19. Gül İ, Çolak R, Cicek O. Evaluation of the effect of periodontal health and orthodontic treatment on gingival recession: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2025; 25(1): 1069. Doi: 10.1186/s12903-025-06449-6.
20. Ríos F, Costa R, Wagner T, Christofoli B, Goergen J, Izquierdo C, Jardim J, Maltz M, Haas A. Incidence and progression of gingival recession over 4 years: A population-based longitudinal study. *J Clin Periodontol*. 2021; 48(1): 114-125. Doi: 10.1111/jcpe.13383.
21. El Kholti W, Boubdir S, Al Jalil Z, Rhalimi L, Chemlali S, Mound A, Aboussaouira T, Kissa J. Prevalence and risk indicators of buccal gingival recessions in a Moroccan periodontitis patients: A retrospective study. *Saudi Dent J*. 2024; 36(1): 117-122. Doi: 10.1016/j.sdentj.2023.10.008

22. García A, Pacheco Y, Mayoral V, Granillo T. Prevalencia y posibles factores predisponentes de recesiones gingivales. Rev de Invest Clín Odont. 2023; 39(1): 17-25.
23. Fragkioudakis I, Tassou D, Sideri M, Vouros I. Prevalance and clinical characteristics of gingival recession in Greek young adults: A cross-sectional study. Clin Exp Dent Res. 2021; 7(5): 672-678. Doi: 10.1002/cre2.427.