

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título : CIRUGÍA PLÁSTICA PERIODONTAL: COLGAJO DE REPOSICIÓN CORONAL CON EL USO DE UN INJERTO DE TEJIDO CONJUNTIVO TOMADO DE LA ZONA PALATINA.

Para optar : Título Profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bach. SURICHAQUI INGA, Lennin Rodolfo

Asesor : HOSPINAL P ESCAJADILLO, JANE

Línea de investigación institucional: Salud y Gestión de la Salud

HUANCAYO – PERÚ

2021

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres por el grande amor que me tienen y la dedicación que pusieron en mi a Rodolfo Surichaqui Porras y Julia Inga Jamjachi, mi mayor fortaleza e inspiración.

A mi hermano, amigo y ejemplo a seguir el Dr. Fisher Herberth Surichaqui Inga, por su apoyo e iluminación que es para mí ayudándome a concluir esta meta.

A mis hijas Camila Sofia y Ariana Mijhal, mis dos grandes tesoros quienes son la fuente de mis energías y el motor y motivo para no decaer ante las dificultades de la lucha constante de la vida durante el día a día.

A mis amigos, docentes y grandes maestros, todos aquellos quienes hicieron posible la culminación de este proyecto por su apoyo y perseverancia y la motivación constante.

Lennin Rodolfo Surichaqui Inga

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Peruana Los Andes y a la Escuela Profesional de Odontología, por nuestra formación profesional y durante todos estos años de formación de mi pregrado.

Agradesco a los docentes que siempre compartieron con nosotros sus conocimientos motivándonos a desarrollarnos con persona y profesionales en la Universidad Peruana los Andes.

A mi tutor muchas gracias por la paciencia, orientación y guiarme en el desarrollo de esta investigación.

Lennin Rodolfo Surichaqui Inga

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
CONTENIDO.....	iv
RESUMEN	5
SUMARY	6

CAPÍTULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
2.1.1. Diagnóstico de salud general.....	8
2.2 MARCO TEÓRICO.....	8
2.3 BASES TEÓRICAS.....	12

CAPÍTULO III

3.1. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	29
HISTORIA CLÍNICA.....	29
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	30
3.3 DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.....	31

CAPÍTULO IV

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	33
---------------------------------------	----

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES.....	41
-------------------	----

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS.....	45

RESUMEN

CIRUGÍA PLÁSTICA PERIODONTAL: COLGAJO DE REPOSICIÓN CORONAL CON EL USO DE UN INJERTO DE TEJIDO CONJUNTIVO TOMADO DE LA ZONA PALATINA

La terapéutica de recubrimiento radicular, sin considerar la etiología que dio lugar a la presencia de raíces expuestas, ocasionara problemas de hipersensibilidad, caries radicular y problemas estéticos (11). Para enmendar estos defectos se han propuesto una variedad de técnicas de cirugía plástica periodontal; para lograr una máxima confiabilidad en el cubrimiento de las recesiones gingivales es imprescindible un buen diagnóstico y el cumplimiento minucioso de todos los pasos de la técnica quirúrgica elegida, el presente trabajo de suficiencia profesional trata sobre el enfoque terapéutico de la recesión Gingival en ella reportamos haber realizado una cirugía periodontal, colgajo de reposición coronal con el uso de un injerto de tejido conjuntivo tomado de la zona palatina la misma que demanda un plan de tratamiento que implique terapia básica, para resolución de las etiologías y una terapia de cirugía plástica periodontal conveniente al caso específico; las técnicas quirúrgicas con injertos de tejido conjuntivo obtenido principalmente del paladar son el estándar de oro en el tratamiento de las recesiones gingivales, buscamos exponer todo el protocolo, los pasos a seguir en el tratamiento de una recesión gingival, también la post-terapia periodontal y su evaluación (11).

Palabras clave: cirugía plástica periodontal, recesión gingival, terapia post-periodontal.

SUMMARY

PERIODONTAL PLASTIC SURGERY: CORONAL REPLACEMENT FLAP WITH THE USE OF A CONJUNCTIVE TISSUE GRAFT TAKEN FROM THE PALATINE ZONE

Root coverage therapy, without considering the etiology that gave rise to the presence of exposed roots, will cause problems of hypersensitivity, root caries and aesthetic problems. In order to correct these defects, a variety of periodontal plastic surgery techniques have been proposed; to achieve maximum reliability in the coverage of gingival recessions, a good diagnosis is essential, as well as the careful compliance with all the steps of the chosen surgical technique (11). In this paper, we report that we have performed a periodontal surgery, a coronal replacement flap with the use of a connective tissue graft taken from the palatal area, which requires a treatment plan that involves basic therapy, to solve the etiologies and a periodontal plastic surgery therapy that is appropriate to the specific case; the surgical techniques with connective tissue grafts obtained mainly from the palate are the gold standard in the treatment of gingival recessions (11).

Keywords: periodontal plastic surgery, gingival recession, post-periodontal therapy

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La recesión gingival tiene la característica de ver una traslación desde la unión biológico con dirección apical, donde se pueden apreciar que si estas estas restauradas distorsionan la característica anatómica de esta unión amelocementaria (1). De acuerdo a la cantidad de superficies de las piezas dentarias con esta característica pueden ser de forma generalizada o localizada (1). Existe una gran cantidad de pacientes con este tipo de lesión gingival pero no notan o a lo largo del tiempo no se han dado cuenta de ello; por otro lado existe otro grupo de pacientes a los cuales si son conscientes del problema gingival que padecen esto debido a que notan estas alteraciones y se preocupan por lo estético así como por la sensibilidad que estos los producen, para realizar el tratamiento de las recesiones gingivales consta de 2 fases: el tratamiento etiológico y el tratamiento restaurador; la recesión gingival es un efecto indeseable de la exposición de la superficie radicular; suele tener un efecto antiestético y puede conducir al desarrollo de sensibilidad dental, una mayor predisposición a la abrasión y a la caries radicular; es un problema oral muy frecuente, la presencia y extensión de la recesión gingival aumenta con la edad; entre los factores clásicamente relacionados con la recesión gingival se encuentran: el trauma, el sexo, los dientes malposicionados, la inflamación y el consumo de tabaco (1). Esta recesión aparece en sujetos tanto con buena como con deficiente higiene oral (1).este problema se presenta en personas con deficiencia de higiene dental,

es de señalar que la recesión es más frecuente en las superficies bucales o vestibulares de los dientes (1).

2.1.1. Diagnóstico de salud general

Las causas de la recesión gingival se pueden considerar de forma multifactorial y tan diferentes como el de la edad, mala técnica de cepillado, rehabilitaciones orales inadecuadas debido a alteraciones de posición dental, ocasionando la reabsorción y arrastre de la encía ocasionando la recesión gingival. Los tratamientos ortodónticos ocasionan complicaciones de manera natural o mecánicas ya que se busca alinear los dientes que se encuentran apiñados y produciendo la reabsorción del hueso vestibular. La enfermedad periodontal actúa a nivel de los dientes anteriores dando lugar a la pérdida de tejido causado también por problemas hormonales como el embarazo, pubertad y la menopausia (3).

2.2. MARCO TEÓRICO

Antecedentes del estudio

Bueno el 2016 (9), presenta un trabajo sobre abordaje terapéutico de las recesiones gingivales a través del reporte de un caso clínico teniendo como objetivo la resolución de las etiologías de mismas terapias de cirugía plástica periodontal con la técnica de injerto en el tejido conjuntivo tomado del paladar que se dio a causa del tratamiento de ortodoncia y evaluación a largo plazo conclusión la terapia periodontal es importante en tratamiento de recesiones gingivales. (9)

Ortiz-Vigon el 2017 (10), en su estudio “Cirugía plástica periodontal. técnicas quirúrgicas y factores clave para el éxito”; refiere que para el

recubrimiento radicular en la actualidad la técnica avanzado teniendo mayor evidencia científica que son capaces de obtener resultados de recubrimiento radicular en términos de porcentaje a través de la muestra de 3 casos clínicos donde se muestran ambas técnicas tanto la de reposición cornal múltiple descrito por Zucchelli y de Sanctis y la técnica de túnel modificado por Aroca (10).

Reyes el 2017 (11), en una tesis a la que título “Manejo periodontal del alargamiento quirúrgico de corona clínica e injerto gingival”, afirma que su siendo una revisión bibliográfica describiendo las características clínicas dela encía, además de revisar antecedentes en el alargamiento quirúrgico de la corona clínica e injerto gingival con fines estéticos previo al tratamiento protésico que permite el alargamiento quirúrgico de la corona clínica que mejora las condiciones periodontales (11).

Borda el 2018 (13), presenta un trabajo de investigación al que denomina “Cirugía plástica periodontal de injerto conectivo subepitelial en pacientes con recesiones gingivales con escasa encía queratinizada con injerto de tejido conectivo a nivel de las piezas premolares y cirugía de tunelización a nivel del incisivo superior (13).

Novaes el 2019 (14), en su estudio “Experimental and clinical studies on plastic periodontal procedures”, dicen que los procedimientos periodontales plásticos abarcan una serie de técnicas quirúrgicas que tienen como objetivo lograr mejoras en lo que ahora se llama "La estética rosa", además de lograr buenos resultados, estos procedimientos buscan obtener un grado de equilibrio entre función y estética (14), además a medida que las

rehabilitaciones de implantes se convirtieron en parte del arsenal periodontal, la necesidad de lograr la estética se convirtió en cada vez más importante, el propósito de los procedimientos periodontales plásticos es prevenir y corregir defectos anatómicos, del desarrollo, traumáticos o inducidos por la placa de la encía, la mucosa alveolar o bone (14); entre estos procedimientos están el aumento de huesos y tejidos blandos, la reconstrucción de la papila interdental, la corrección de la sonrisa gomosa y alargamiento de la corona con fines estéticos y procedimientos de cobertura de la raíz, comprender los principios de cada procedimiento puede conducir a una mejor manera de lograr buenos resultados estéticos (14); la cirugía plástica en el que el arsenal es vasto y puede proporcionar una solución adecuada para cada indicación, sin embargo, el cuerpo de conocimiento, a saber, el científico y la evidencia que impulsa las decisiones y las opciones quirúrgicas no es igualmente de apoyar en todas las diferentes situaciones. como conclusiones afirman que algunos factores, de naturaleza anatómica (14), favorecen la formación de recesión gingival pero aún es el proceso inflamatorio (causado por la presencia de biopelícula y / o cepillado dental traumático) que es responsable del desarrollo de las recesiones de la raíz; los colgajos pediculares, especialmente el colgajo en posición coronal, son extremadamente versátiles y son las técnicas más predecibles para procedimientos de cobertura, especialmente cuando se combina con injerto de tejido conectivo y / o injertos alogénicos, el injerto de tejido conectivo subepitelial se considera la primera opción para aumentar la encía ancho y grosor y puede proporcionar mejores resultados a largo plazo en la raíz procedimientos de cobertura además dicen

que los mismos principios de los procedimientos de cobertura de raíz en sitios individuales parecen orientar la práctica clínica para defectos de tipo recesión múltiple, el aloinjerto es una alternativa eficiente al injerto de tejido conectivo subepitelial y cuando es la opción de tratamiento elegida, se deben considerar aletas anchas y extendidas, como resultado de la superioridad de los procedimientos periodontales plásticos, sobre la regeneración tisular guiada y la dificultad técnica, además, la regeneración guiada del tejido se ha vuelto obsoleta para los procedimientos de cobertura de la raíz, especialmente en casos estéticos altamente exigentes, existe una gran cantidad de evidencia que atestigua que fumar influye negativamente en los procedimientos de cobertura radicular, especialmente en los injertos subepiteliales de tejido conectivo, las técnicas mínimamente invasivas pueden ser de gran valor para mejorar resultados obtenidos con procedimientos periodontales plásticos; sin embargo, ellos deben abordarse mejor en ensayos clínicos, tanto en términos de calidad y cantidad de nuevos tejidos generados (14).

Pin-Chuan et-al el 2020 (15), da a conocer un trabajo de investigación *Allografts and Xenografts for Periodontal Plastic Surgical Procedures*, (Aloinjertos y xenoinjertos para procedimientos quirúrgicos plásticos periodontales) en el afirman que: La selección de técnicas quirúrgicas y materiales de injerto es, sin duda, un componente crítico en el tratamiento de los defectos de recesión gingival; con el fin de proporcionar una atención de alta calidad, los profesionales dentales siempre buscan una modalidad de tratamiento que proporcione la máxima eficacia y previsibilidad con una morbilidad mínima del paciente, el procedimiento de injerto subepitelial de

tejido conectivo, el estándar de oro (15), ha demostrado consistentemente que muestra una excelente cobertura de la raíz, pero la disponibilidad limitada de tejido palatino y la morbilidad potencial asociada con el proceso de recolección empujan a los profesionales dentales a buscar una alternativa; lo mismo es válido para los tejidos periimplantarios: aunque los injertos autógenos han servido bien para nuestro propósito, se prefieren alternativas que puedan lograr resultados similares mientras se evita una segunda herida intraoral (los sitios donantes) (15), el propósito de esta revisión de estudios recientes es evaluar la efectividad y la previsibilidad de aloinjertos y xenoinjertos para procedimientos de cobertura de raíz y alrededor de implantes dentales (15).

2.3. BASES TEORICAS

RECESIÓN GINGIVAL

La recesión del tejido marginal gingival es definida como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte con la exposición de la superficie radicular al ambiente oral (2,3).

Ardila (3) afirma que otros investigadores la definen como la migración apical del margen gingival a lo largo de la superficie radicular, entre ellos cita a Carranza quien afirma que la recesión consiste en la exposición de la superficie radicular por una desviación apical en la posición de la encía para comprender cuál es su significado, es preciso diferenciar entre las posturas real y aparente de la encía; la posición real corresponde al nivel de la inserción epitelial en el diente, mientras que la aparente es la altura de la cresta del

margen gingival, así la posición real de la encía, no su ubicación aparente, determina la gravedad de la recesión; la encía que presenta recesión se encuentra a menudo inflamada, pero puede ser normal excepto por su posición; la recesión se localiza en ocasiones en un diente en una sola superficie, en un grupo de dientes o puede generalizarse a través de la boca.

Podemos concluir que la recesión de las encías o recesión gingival se observa cuando el margen de la encía se aleja del nivel de la corona del diente; en dientes y gingivas sanas el tejido rodea el diente firmemente, esta unión evita que se introduzcan restos de comida entre la encía y el diente y también protege a las partes del diente que las cubre, al retirarse la encía del diente expone partes de este que no están producidas para soportar la exposición a bacterias, ácidos y azúcares de la misma manera que la parte superior del diente llamada esmalte dental, esta situación puede llevar a hipersensibilidad a cambios térmicos como el frío y el calor, lesiones cariosas o desgastes de la raíz del diente y problemas estéticos, la recesión puede pasar en personas de cualquier edad y en un gran porcentaje de casos se observa en personas que tienen un muy buen cuidado oral (3,4).

CLASIFICACIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL

La clasificación más utilizada es la que propuso Miller en 1985. Es una clasificación básicamente morfológica y enfocada en el pronóstico del cubrimiento radicular (4). Se basa en la posición del margen gingival en relación a la línea mucogingival y el tejido perdido interproximal (hueso y encía) (4).

Miller (1985) clasifica la recesión gingival en 4 clases:

Clase I = Migración apical de la encía pero que no pasa la unión mucogingival y mantiene a las papilas sanas.

Clase II = Migración apical de la encía que si pasa la unión mucogingival y mantiene a las papilas sanas.

Clase III = Migración apical de la encía que puede o no pasar la unión mucogingival y genera unan pérdida leve del tejido interproximal.

Clase IV = Migración apical de la encía que puede o no pasar la unión mucogingival y genera una pérdida severa del tejido interproximal.

Cuadro 1. clasificación de las recesiones según miller (4)

RECESIÓN GINGIVAL ASOCIADA CON LA SUPERFICIE DE LA RAÍZ

La exposición es un fenómeno complejo que puede presentar numerosos desafíos terapéuticos para el clínico, la recesión puede estar acompañada por caries radicular o superficies desgastadas, y los pacientes pueden quejarse de defectos estéticos o hipersensibilidad de la raíz, un objetivo de la terapia periodontal es regenerar el aparato de fijación perdido del diente, una variedad de procedimientos regenerativos tienen el potencial para corregir defectos de recesión gingival a través del aumento de la ancho y alto de queratinizado o encía adjunta, así como para obtener cobertura raíz parcial o completa, la mayoría de estos procedimientos consisten en técnicas de injerto periodontal de cirugía plástica (mucogingival), ya sea solo o en combinación con tejido guiado procedimientos regenerativos (5-6).

TRATAMIENTO DE LA RECESIÓN GINGIVAL

En la corrección de los problemas mucogingivales se procede a cubrir la superficie de las raíces con diversos tratamientos periodontales:

- Autoinjertos pediculados

- Autoinjerto de tejidos blandos
- Técnicas quirúrgicas
- Injerto dérmico acelular

Injerto de tejido suave

Uno de los objetivos del injerto de tejidos blandos es la cobertura de la raíz; mucho se han utilizado técnicas y diseños de aletas para cumplir con ese objetivo; algunos no requieren un sitio donante (injertos pediculares), mientras que otros lo hacen (injertos autógenos libres), a menudo es difícil anticipar la tasa de éxito de los procedimientos de cobertura raíz, ya que la cobertura depende de varios factores, incluida la clasificación y ubicación de recesión y la técnica utilizada, la dimensión gingival más comúnmente evaluada es la altura, la distancia entre el margen del tejido blando y la mucogina (6).

OPCIONES DE TRATAMIENTO

Las alteraciones mucogingivales son resultado de la corrección del defecto permitiendo devolver la salud y confort de los tejidos aumentando el recubrimiento radicular. (7)

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS RECESIONES GINGIVALES

Gray menciona tres indicaciones fundamentales para realizar un tratamiento de cubrimiento radicular en recesiones gingivales (4-6):

- Preocupación estética del paciente
- Hipersensibilidad dentinaria radicular

- Inadecuado ancho de la encía queratinizada

Asimismo, Gray considera que existen dos grandes contraindicaciones para realizar un tratamiento de cubrimiento quirúrgico de una recesión gingival estas son la persistencia de una inadecuada higiene oral y la presencia de tabaquismo (5,6).

AUMENTO GINGIVAL

Desde el principio del desarrollo de técnicas de cirugía mucogingival se creía que la presencia de una adecuada cantidad de encía queratinizada era indispensable para mantener la salud de los tejidos y evitar la pérdida de inserción (7), pero en la actualidad se ha comprobado en varios estudios que la salud gingival se puede mantener independientemente de sus dimensiones aunque parece ser que, en ausencia de higiene, la placa provoca mayor enrojecimiento en encías finas con poca encía queratinizada (7); por tanto, las indicaciones para realizar un aumento gingival sería molestias durante el cepillado o al masticar debido a una encía débil y fina, o para prevenir dehiscencias en áreas donde se vayan a realizar movimientos ortodóncicos dentarios hacia vestíbulo, o proporcionar mayor resistencia a la encía en torno a una restauración subgingival (7).

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Consisten en el aumento del fondo vestibular basado en el injerto de tejido conectivo con características de queratinización en los injertos siendo en algunos casos pedicularizados dependiendo de la cantidad de tejido (7,8).

RECUBRIMIENTO RADICULAR

Se dan por la demanda estética de los pacientes por verse mejor realizando la topografía gingival del acumulo de placa produciendo la inflamación que se da por el trauma de la técnica de cepillado (7, 8).

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La terapia básica consistió en:

El paciente debe de tener educación en cuanto al control de placa bacteriana.

La adecuada técnica de cepillado, destartaje y profilaxis en cada sector.

Terapia de reposición coronal de un injerto de tejido conjuntivo.

El colgajo se reposicionará por encima del injerto de tal manera que cubra totalmente y sobrepasando el límite amelocementario por unos 2mm emplearemos para este caso sutura de nylon 5-0 (15).

Las suturas serán removidas 14 días después del procedimiento al paciente se le dará la prescripción con enjuagues de clorhexidina 0,12% la cual realizará hasta dos veces al día (15).

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1. HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE FILIACIÓN:

▶ **NOMBRE Y APELLIDOS:** LYNN LIMAYMANTA YUPANQUI

▶ **EDAD:** 33 Años.

▶ **SEXO:** Femenino.

▶ **ESTADO CIVIL:** Soltera.

▶ **DOMICILIO:** Plaza principal anexo la breña s/n Huacrapuquio-Huancayo.

▶ **TELEFONO:** Cel. 979031145

▶ **OCUPACION:** Químico Farmacéutico

▶ **FECHA DE NACIMIENTO:** 12 mayo de 1987

▶ **LUGAR DE PROCEDENCIA:** Huacrapuquio-Huancayo.

ANAMNESIS:

A. MOTIVO DE CONSULTA: “Siento molestia en mis dientes de adelante inferiores cuando me cepillo”

B. ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de 33 años de edad, sistémicamente sano llega a la consulta con dolor al cepillado y sensibilidad a los cambios térmicos en piezas anterosuperiores.

C. ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES: No refiere.

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

FUNCIONES VITALES:

- ▶ **PA** : 120 / 80 mm Hg.
- ▶ **PULSO** : 65 pulsaciones x minuto.
- ▶ **TEMPERATURA** : 36.5 °C.
- ▶ **FREC. RESPIRATORIA** : 18 respiraciones x minuto.
- ▶ **ESTADOS DEL PACIENTE** : ABEG, LOTEPE.

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO ELEMENTAL:

ATM: Sin alteración evidente.

GANGLIOS: No presenta nódulos ni dolor a la palpación.

LABIOS: Labios de color marrón claro, elásticos medianos, humectados, comisuras normales.

CARRILLOS: De color rosado coral, humectados, presencia de línea oclusal (línea alba), salida de conducto de stenson permeable sin alteración.

PALADAR DURO Y BLANDO: De color rosado coral, rugas palatinas conservadas, rafe medio, sin alteración, no presenta lesión en el paladar.

OROFARINGE: Úvula vibrante, amígdalas de tamaño mediano sin presencia de secreción.

LENGUA: De tamaño normal, húmedo, ovalada, con saburra en el tercio medio del dorso de la lengua, puntillado múltiple en el tercio medio y anterior de la lengua.

PISO DE BOCA: Frenillos sin alteración importante.

REBORDE GINGIVAL: Gingivitis leve asociado a placa bacteriana.

OCLUSION: R.M.D = Clase I R.M. = Clase I

R.C.D = Clase I R.C.I =Clase I.

SISTEMA DENTARIO: 30 piezas dentarias.

3.3. DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

Diagnóstico presuntivo:

Recesión gingival en diente inferior

Diagnóstico definitivo:

Recesión gingival tipo 2 de Miller a nivel de la pieza dentaria 41, 31 por vestibular.

Pronóstico: Favorable.

CAPÍTULO IV

PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

Se explica y presenta detalladamente al paciente su diagnóstico y el plan de tratamiento que consiste en terapia periodontal y cirugía plástica periodontal con uso de un injerto de tejido conjuntivo. (10-14).

La terapia básica consistió en:

Indicaciones de la higiene dental, realización de destartaje, profilaxis y elementos de higiene adecuada en el sector (10-14).

1. Inspección

El paciente presenta un biotipo gingival fino, además hay ausencia de encía insertada.



Fotografía 1.

Fuente propia

Autor: Lennin Rodolfo Surichaqui Inga

2. Terapia básica

Educación al pacientes, destartaje y profilaxis en la fotografía N° 2.



Fotografía 2. Terapia básica finalizada tras 4 sesiones
Fuente propia
Autor: Lennin Rodolfo Surichaqui Inga

3. Terapia de cirugía plástica

realización de colgajo de reposición coronal con el uso de injerto de tejido conectivo.



Fotografía 3. Plantilla para el injerto
Fuente propia
Autor: Lennin Rodolfo Surichaqui Inga

4. Procedimiento quirúrgico

Colocación de anestesia incisión para la realización de colgajo de espesor parcial (Fotografía 3).



Fotografía 4. Colgajo a espesor parcial con dos descargas verticales
Fuente propia
Autor: Lennin Rodolfo Surichaqui Inga

5. Obtención del injerto

Toma de injerto localizado en el paladar (Fotografía. 4)



Fotografía 5. Obtención del injerto
Fuente propia
Autor: Lenin Rodolfo Surichaqui Inga

6. Preparación, colocación y ubicación del injerto de tejido conjuntivo del paladar

Colgajo de reposición por encima del injerto.



Fotografía 6. Ubicación del injerto de tejido conjuntivo del paladar
Fuente propia
Autor: Lennin Rodolfo Surichaqui Inga

7. Sutura del injerto de tejido conjuntivo del paladar



Fotografía 7. Suturado en la zona receptora con sutura de Vicril 5-0
Fuente propia
Autor: Lennin Rodolfo Surichaqui Inga

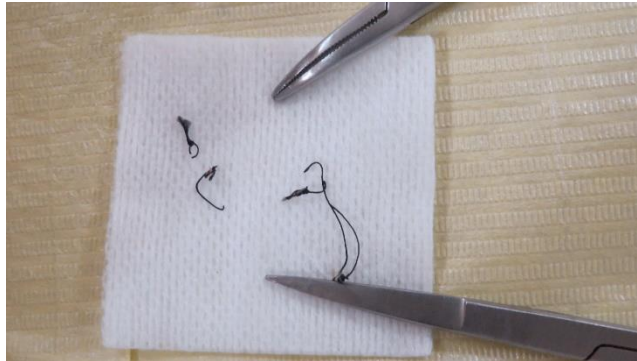
8. Trabajo finalizado



9. Remoción de las suturas

Retirar los puntos a los 14 días después del procedimiento quirúrgico.





Fotografía 9.- Remoción de las suturas
Fuente propia
Autor: Lennin Rodolfo Surichaqui Inga

10. Tratamiento Finalizado

Estabilidad y espesor gingival muy aceptables lo que demuestra la correcta higiene del sector y la estabilidad tisular gingival lograda con el injerto



Fotografía 10.- Tratamiento Finalizado
Fuente propia
Autor: Lennin Rodolfo Surichaqui Inga

11. Control de la zona donante



**Fotografía 11.-Control de la zona donante al cabo de 14 días
Fuente propia
Autor: Lennin Rodolfo Surichaqui Inga**

12. Paciente, operador y docente tutor



El paciente expresa su agradecimiento y conformidad con el tratamiento.

**Fotografía 11.- Paciente, Operador y docente tutor
Fuente propia
Autor: Lennin Rodolfo Surichaqui Inga**

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- La recesión periodontal se trata mediante una amplia variedad de técnicas quirúrgicas, pretendiendo ganar encía queratinizada primero y posteriormente tratando de conseguir recubrimiento radicular.
- Es de suma importancia la terapia periodontal.
- El cambio del espesor tisular del uso de injertos de tejido conjuntivo subepitelial permite el aumento de encía queratinizada.
- El mantenimiento periodontal es prioritario para evitar eventos inflamatorios que faciliten la recidiva de la recesión.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- Consideramos que esta técnica del injerto subepitelial de tejido conectivo es un procedimiento diseñado para maximizar el suministro sanguíneo al injerto. Presenta algunas ventajas con relación a los injertos gingivales libres, ya que el resultado es más estético, debido a una mayor uniformidad en cuanto al color, con relación a los tejidos adyacentes al área receptora.
- Mediante la utilización de esta técnica es posible obtener grandes cantidades de tejido conectivo del paladar con una cicatrización muy rápida y unas molestias mínimas para el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García, A. et al; Recesión gingival: diagnóstico y tratamiento. Avances en Periodoncia e Implantología Oral, 2015, vol. 27, no 1, p. 19-24.
2. The American Academy of Periodontology. Glossary of Periodontal Terms, 4th ed. Chicago: The American Academy of Periodontology; 2001:44.
3. Ardila Medina CM. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. Av Periodon Implantol. 2009; 21, 2: 35-43.
4. Carreño, L. Cirugía plástica periodontal, manejo de encía queratinizada con injertos gingivales libres. 2016. Tesis Doctoral.
5. Vicario-Juan, M, et al. Técnicas de cirugía mucogingival para el cubrimiento radicular. RCOE, 2006, vol. 11, no 1, p. 61-73.
6. Patel, M.; Nixon, P. J.; Chan, Y. Gingival recession: Part 1. Aetiology and non-surgical management. British dental journal, 2011, vol. 211, no 6, p. 251-254.
7. Kassab, M. Cohen, R. Treatment of gingival recession. The Journal of the American Dental Association, 133(11), 1499–1506. doi: 10.14219/jada.archive.2002.0080
8. Diez-Pérez, R.; Costa X.; Bascones, A. Cirugía plástica periodontal en dientes del sector anterior. Avances en Periodoncia e Implantología Oral, 2016, vol. 28, no 3, p. 147-154.
9. Bueno, R. Cirugía Plástica Periodontal: Reporte de un caso clínico. Odontoestomatología, 2016, vol. 18, no 27, p. 49-54.
10. Ortiz-Vigon, A. Cirugía Plástica Periodontal. Técnicas quirúrgicas y factores clave para el éxito. 2017.

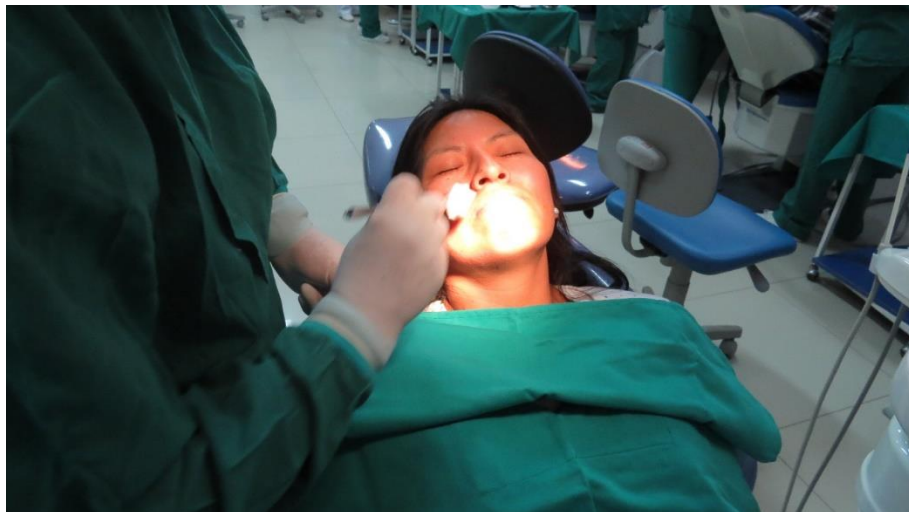
11. Reyes, O. Manejo periodontal del alargamiento quirúrgico de corona clínica e injerto gingival. 2017.
12. Sarduy, L, et al. Tratamiento de recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo. *Medicentro*, 2018, vol. 22, no 3, p. 218-227.
13. Borda, C. Cirugía plástica periodontal, manejo de encía queratinizada con injertos de tejido conectivo subepitelial. 2018.
14. Novaes, A; Palioto, D. Experimental and clinical studies on plastic periodontal procedures. *Periodontology 2000*, 2019, vol. 79, no 1, p. 56-80.
15. Lai, Pin-Chuang; Katwal, D; Greenwell, H. Allografts and Xenografts for Periodontal Plastic Surgical Procedures. *Current Oral Health Reports*, 2019, vol. 6, no 3, p. 218-229.

ANEXOS

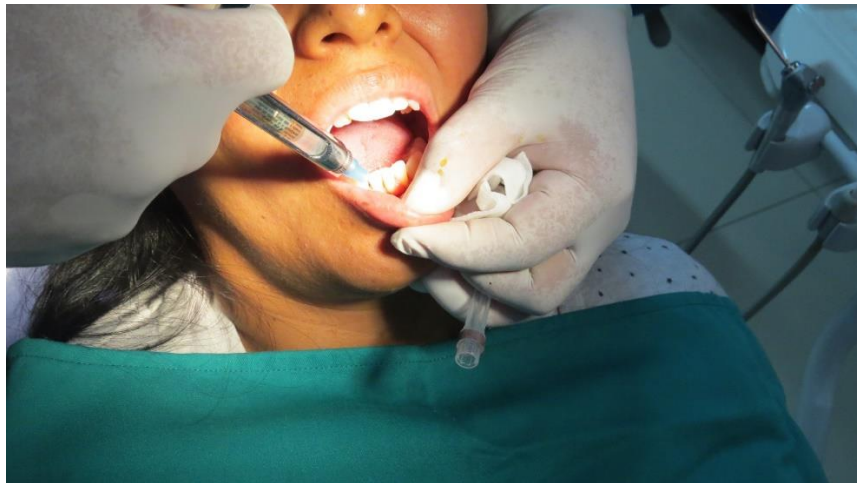
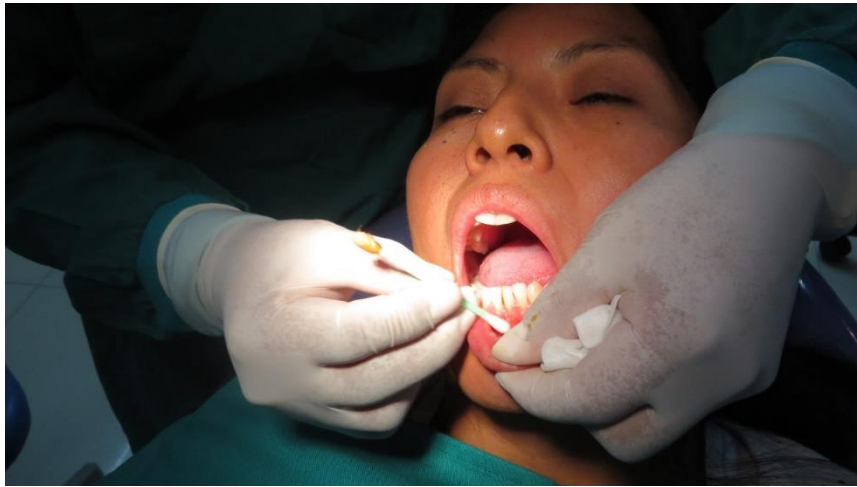
MESA CLÍNICA



ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL CAMPO OPERATORIO



ANESTESIA



INCISIÓN



OBTENCIÓN DEL INJERTO PALATINO



POSICIONAMIENTO DEL INJERTO



SUTURA



CONTROL A LOS 7 DIAS

ZONA DONANTE



ZONA DEL INJERTO



A LOS 14 DIAS

ZONA DONANTE



ZONA DEL INJERTO



DOCENTE TUTOR PACIENTE Y BACHILLER



