

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título : REPORTE DE UN CASO CLÍNICO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE CIRUGÍA PLASTICA PERIODONTAL ATENDIDO EN LA CLÍNICA DOCENTE ASISTENCIAL.

Para optar : Título Profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bach. ROMERO PEREZ, Yenifer Yanina

Línea de investigación institucional: Salud y Gestión de la Salud

HUANCAYO – PERÚ

2020

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación de pregrado, está dedicada a Dios, mi familia y amigos de la universidad que me están ayudándome y motivándome continuamente a ser mejor profesional.

AGRADECIMIENTO

Son muchas las personas que han contribuido al proceso y culminación de este reporte de caso clínico.

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, mis familiares a mi maestro de Periodoncia de pregrado que me motivo a evidenciar científicamente este trabajo de investigación

Gracias a mi alma mater y mis docentes por su enseñanza y dedicación en este nivel de pregrado.

CONTENIDO

CAPÍTULO I PRESENTACIÓN

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
CONTENIDO.....	iv
RESUMEN.....	v
SUMMARY.....	vii

CAPÍTULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
2.2. OBJETIVOS.....	10
2.3 MARCO TEÓRICO.....	11

CAPÍTULO III

3.1. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	26
HISTORIA CLÍNICA.....	26
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	27
3.3 DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.....	33

CAPÍTULO IV

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	34
---------------------------------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN.....	37
----------------	----

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES.....	39
-------------------	----

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

RESUMEN

Introducción: La cirugía plástica periodontal se define como los procedimientos quirúrgicos que tienen el objetivo de prevenir, corregir o eliminar deformidades de la morfología, posición, dimensión de la encía y tejido óseo que rodea al diente o al implante. Una de las indicaciones más comunes en el tratamiento de recesión gingival, es la exposición radicular debido a la migración de los tejidos periodontales hacia apical de la unión cemento esmalte, puede ser localizada o generalizada con una o más superficies comprometidas y su etiología está asociada a factores anatómicos, fisiológicos y patológicos.

Presentación del caso: Se presenta el caso de un paciente masculino de 52 años de edad, en aparente buen estado general de facie compuesta, que acude a la consulta de la clínica docente asistencial de la Universidad Peruana Los Andes, preocupado porque presentaba enrojecimiento y sangrado de sus encías al cepillarse. En la enfermedad actual la paciente refiere que hace 01 semana acudió a la consulta odontológica, donde le diagnosticaron placa dental abundante y enrojecimiento de las encías, además de presentar sangrado al cepillarse. En los antecedentes familiares el padre padece de osteoporosis en cuanto a los antecedentes de patologías y alergias no presenta. En el diagnóstico presuntivo se realizó la evaluación clínica donde se diagnosticó que es un paciente edentulo parcial superior e inferior, gingivitis asociada a placa severa y recesión gingival de Miller II en la pieza 4.4 corroborado también con el diagnóstico definitivo. Se realizó el tratamiento en 2 etapas, la primera de fisioterapia, cepillado, uso del hilo dental; posteriormente el destartraje y profilaxis. En la segunda fase se realizó la cirugía plástica periodontal, con una incisión intrasulcar horizontal, formación del

colgajo hacia coronal, aplanar el lecho de la herida, limpiar con suero fisiológico y finalmente suturar.

Conclusiones: Es indispensable conocer la etiología del diagnóstico y la técnica a emplear sea sencilla, en un solo tiempo y con excelentes resultados en el tiempo.

Palabras Claves: Recesión gingival, cirugía plástica periodontal, aumento gingival.

SUMMARY

Introduction: Periodontal plastic surgery is defined as surgical procedures that have the objective of preventing, correcting or eliminating morphology deformities, position, gum size and bone tissue surrounding the tooth or implant. One of the most common indications in the treatment of gingival recession is root exposure due to the migration of periodontal tissues to the apical junction of the enamel cement joint, it can be localized or generalized with one or more compromised surfaces and its etiology is associated with anatomical, physiological and pathological factors.

Case presentation: The case of a 52-year-old male patient is presented, in apparent good general condition of compound facie, who attends the consultation of the teaching assistance clinic of the Universidad Peruana Los Andes, concerned that he presented redness and bleeding of his gums at brush. In the current disease, the patient says that 01 week ago she went to the dental office, where she was diagnosed with abundant dental plaque and redness of the gums, in addition to presenting bleeding when brushing. In the family history the father suffers from osteoporosis as for the history of pathologies and allergies he does not present. In the presumptive diagnosis, the clinical evaluation was performed where it was diagnosed as a patient with upper and lower partial edentulous, severe plaque-associated gingivitis and Miller II gingival recession in piece 4.4 also corroborated with the definitive diagnosis. The treatment was carried out in 2 stages, the first one of physiotherapy, brushing, flossing; later the destartraje and prophylaxis. In the second phase periodontal plastic surgery was performed, with a horizontal intrasulcar incision, formation of the flap towards the coronal, flatten the wound bed, clean with physiological serum and finally suture.

Conclusions: It is essential to know the etiology of the diagnosis and the technique to be used be simple, in a single time and with excellent results in time.

Key Words: Gingival recession, periodontal plastic surgery, gingival augmentation.

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Academia Americana de Periodoncia la recesión gingival es definida como la exposición oral de la superficie radicular provocada por el dislocamiento del margen gingival en sentido apical a la unión amelocementaria, frecuentemente relacionado con un detrimento de la estética dental y gingival, así como la hipersensibilidad dentaria, se puede presentar localizada como generalizada^{1,5}.

Es un procedimiento quirúrgico plástico para corrección de las relaciones de encía-membrana mucosa que complican la enfermedad periodontal y puedan interferir con el éxito del tratamiento periodontal⁷.

Son intervenciones quirúrgicas secundarias para la salud periodontal, los requerimientos estéticos de los pacientes y las particularidades morfológicas, hacen que estos procedimientos sean requeridos con mayor frecuencia en la parte clínica³.

El objetivo de la cirugía plástica es resolver los problemas derivados de la escasez o ausencia de gingiva insertada, que impidan la eliminación de la bolsa o favorezcan su recidiva. A sí mismo, es frecuente recurrir a ella para resolver problemas de orden estético. La gingiva insertada sirve para impedir que los movimientos de los tejidos blandos se manifiesten en el margen gingival. No se evidencia un ancho en milímetros que pueda considerarse normal para la gingiva insertada; esta varía según la zona de la cavidad bucal, mayor en la zona anterior y menor en la zona de premolares y molares y en diferentes individuos. Individuos con excelente higiene oral pueden mantener anchos escasos sin cambios patológicos.

¿Realizar mediante la evidencia científica el diagnóstico y tratamiento del defecto mucogingival de una pieza del sector anteroinferior?

2.2. OBJETIVOS

1.- Realizar el diagnóstico y tratamiento de defecto mucogingival en una pieza del sector anteroinferior.

OBJETIVOS ESPECIFICO

- Describir la base teórica sobre los defectos mucogingivales alrededor de dientes anteroinferiores.
- Describir el diagnóstico y tratamiento del caso clínico.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Cruz R, Caballero D. Injerto de tejido conectivo subepitelial y colgajo reposicionado coronal modificado para tratamiento de recesiones periodontales. El objetivo fue describir los resultados clínicos obtenidos al realizar este procedimiento, que combina las bondades de las técnicas bilaminares y del colgajo tipo bolsillo. La presentación del caso clínico de un paciente varón de 43 años acude a la consulta de periodoncia de la clínica estomatológica en Cuba por retracción gingival de la pieza 1.3, 5.3 y 1.4 por migración del margen gingival vestibular hacia apical del límite amelocementario sin alcanzar la línea mucogingival. Se diagnosticó recesión periodontal clase I de Miller localizadas en las piezas dentarias mencionadas, el índice de higiene en el paciente fue del 7%, se informó al paciente de su tratamiento y se solicitó el consentimiento informado. Se realizó un injerto de tejido conectivo subepitelial cubierto por colgajo de espesor parcial desplazado coronalmente tipo bolsillo. Se solicitó los exámenes auxiliares de hemograma completo con valores normales. Se prepararon las raíces se rasparon las superficies radiculares expuestas del 1.3, 5.3 y 1.4, con uñas de Moore, se alisaron con curetas tipo Grace, la preparación del lecho receptor se realizó con hoja de bisturí número 15 con mango número 3, perpendicular a la base de las papilas alledañas a los dientes involucrados, se realizó una incisión horizontal coronal a la línea amelocementaria. Se diseñó un colgajo de espesor parcial con incisión

festoneada y se extendió 6 mm apicalmente, se introdujo el bisturí entre la encía y la superficie radicular a nivel de las recesiones, sin perforar la superficie vestibular del colgajo. Las papilas vestibulares se desepitelizaron, las fibras musculares se desinsertaron para dejar sin tensión al colgajo tipo bolsillo que se diseñó el 11 al 15 con lecho periostio firme. La preparación del lecho donante y obtención del injerto se seleccionó el sitio donador fibromucoso de la pieza 1.5 a 1.7, se separó el conjuntivo del epitelio de la mucosa masticatorio del paladar y del periostio subyacente. Se realizó sutura continúa en el fondo del surco vestibular del 1.1 al 1.5 y se colocó cemento quirúrgico. Se concluye que la técnica empleada cubrió totalmente la superficie radicular del 1.3, del 5.3 y parcialmente la raíz de la 1.4, se obtuvo incremento de la encía queratinizada, óptimo de aspecto estético y favorable de evolución postoperatorio¹.

Sarduy L, Arce M, Corrales M, Díaz A, Cantero C. Colgajo de reposición coronal asociado a fibrina rica en plaquetas y leucocitos en recesiones periodontales. El objetivo del presente estudio la membrana de fibrina rica en plaquetas y leucocitos es un elemento que favorece en los diseños de los injertos de las encías, contiene una consistencia que permite ser suturada en el sitio, su manipulación y adaptación es fácil, pueden ser adaptadas de acuerdo al lecho receptor y adaptadas a dientes en caso de recesiones múltiples. En la presentación del caso clínico de una paciente de 40 años de edad fémina, acude a la consulta por la exposición de la raíz de varios dientes al examen clínico se evidencia en las piezas 2.4, 2.5 y 2.6

recesiones por la parte vestibular además de presentar hiperestesia dentinaria en esta zona ausencia de bolsas periodontales, inflamación; al examen radiográfico no se evidencia pérdida ósea, y el hemograma completo de sangre no muestra ningún problema sistémico. Para el mantenimiento de la membrana de fibrina rica en plaquetas y leucocitos se elaboró un suero autologo al 20% que garantizo su composición, la presencia de factores de crecimiento y moléculas con acción antibacteriana. Se procedió a la fase quirúrgica de terapia periodontal de cobertura radicular, fue diseñado un colgajo deslizante coronario, de espesor parcial hasta la unión mucogingival y a continuación mucoperiostico que permitió el desplazamiento pasivo del tejido en sentido coronal. La superficie radicular se procedió al raspado se adaptó la membrana de fibrina rica en plaquetas y leucocitos sobre el lecho receptor preparado, posteriormente se suturo el sitio del injerto y finalmente se colocó el cemento quirúrgico hasta la cicatrización. Se concluye que el procedimiento empleado se procedió una cobertura de gran parte de la raíz expuesta por la distrofia, lo que constituyó una ventaja y permitió una mayor regeneración de los tejidos periodontales favorecida por: plaquetas, leucocitos, célula madre, células mesenquimales, entre otros elementos contenidos en el biomaterial autologo².

Carreño L. Cirugía plástica periodontal, manejo de encía queratinizada con injertos gingivales libre. El objetivo del presente reporte del caso clínico fue planificar y tratar a un paciente con múltiples defectos mucogingivales alrededor de dientes anteroinferiores. El reporte del caso clínico de un

paciente varón de 21 años de edad, religión católica, de grado de instrucción superior, el motivo de consulta que desea restaurarse toda la boca, al estado estomatológico sangran las encías, al examen intraoral el paciente del sector anteroinferior se observa una migración apical de la encía a nivel de la pieza 3.1 con persistencia de inflamación, acumulo de placa bacteriana y reducción del ancho de encía queratinizada de dicha área. El índice de higiene oral O leary inicial mostró un 57% de placa blanda. El periodontograma de entrada no mostro signos de movilidad dentaria ni profundidad de sondaje mayores a 4mm. En el diagnostico presento recesiones gingivales clase I de Miller en las piezas 3.1 y 3.2. En el plan de tratamiento se realizó en 2 etapas, la primera etapa fue educación y motivación del paciente y la segunda etapa fue de periodoncia, raspaje y alisado radicular e injerto de tejido epitelial más aumento de surco de piezas 2.3, 2.2, 2.1, 1.1, 1.2 y 1.3. El procedimiento realizado de injerto gingival libre, se utilizó como tejido donante la zona palatina se obtuvo 2 injertos epiteliales de 12x8 mm de longitud, la zona receptora incluyó todo el sector anteroinferior en el cuál se realizó un colgajo de espesor parcial a partir de la línea mucogingival, los injertos gingivales libres fueron adaptados en la zona receptora y suturados a través de puntos suspensorios en cruz. Al cabo de tres meses se observa integración total de injertos gingivales, disminución de la inflamación gingival y un notorio aumento del ancho de la encía queratinizada. Se concluye que para recesiones múltiples de clase I y II, los procedimientos de cobertura radicular son efectivos pero la evidencia es limitada. Los procedimientos que involucran al injerto de tejido

conectivo subepitelial parecen ser la mejor opción; la matriz dérmica acelular y la matriz derivada del esmalte son buenos sustitutos³.

Diez R, Costa X, Bascones A. (2016). “Cirugía plástica periodontal en dientes del sector anterior”. El objetivo de este estudio fue la terapia mucogingival es tratar los defectos de los tejidos gingivales, manteniéndolos en salud, con buena función y estética, además, reducir el riesgo de progresión de la alteración. El sector anterior es una zona de la arcada donde más estética demanda la mayoría de pacientes. Con frecuencia los defectos gingivales pueden generar importancia al alterar la armonía y la simetría de la sonrisa. En estos casos es muy importante diagnosticar correctamente para posteriormente realizar un plan de tratamiento, satisfactorio duradero de la alteración gingival, teniendo siempre presente el aspecto estético del paciente, así como la parte funcional del paciente y de salud. Existen diversas técnicas quirúrgicas para resolver estos problemas y su elección dependerá de la alteración y las necesidades del paciente en cada caso. Los resultados buscados en el paciente con alteraciones mucogingivales deberían ser: corrección del defecto, conseguir tejidos libres de inflamación, recuperar la función, salud y confort de los tejidos libres de inflamación, recuperar la función, salud y confort de los tejidos y conseguir una estética satisfactoria. Llegamos a la conclusión las técnicas de tratamiento mucogingival en defectos que afectan a los dientes: aumento gingival, recubrimiento radicular, reconstrucción de la papila y alargamiento coronario, todas estas técnicas están condicionado en su mayoría por la habilidad del operador y los cuidados pos-operatorios del paciente, así como

un buen diagnóstico, la posibilidad quirúrgica y pronóstico para obtener un buen resultado funcional y estético, satisfaciendo la demanda del paciente a largo plazo⁴.

Bueno R, Alejandro L. (2016). “Cirugía Plástica Periodontal: Reporte de un caso clínico. El objetivo fue la colocación del injerto de tejido conectivo que se considera un patrón de oro en la cirugía plástica periodontal debido a su previsibilidad, estabilidad en el tiempo, aumento de espesor y de largo de la encía queratinizada. El cambio de espesor de tejido alcanzado con el uso de injertos de tejido conjuntivo da lugar a resultado más estables en el tiempo y a menos recurrencia de recesiones gingivales. Se reportó el caso clínico de una paciente fémina de 28 años de edad, sistémicamente sana, no fumadora. El paciente relato ser tratada con ortodoncia 4 años, al examen clínico en la pieza dentaria 4.1 revelo recesión gingival tipo 2 de Miller, inflamación gingival localizada y biotipo gingival fino. Se le detallo el diagnóstico y plan de tratamiento que consistió en una terapia básica periodontal y una terapia de cirugía plástica periodontal con utilización de un injerto de tejido conjuntivo. La terapia de elección fue la cirugía plástica, con un colgajo de reposición coronal con el uso de un injerto de tejido conjuntivo tomado de la zona palatina. Se concluye que la terapia básica periodontal es muy importante en todo tratamiento de recesiones gingivales, el uso de injertos de tejido conjuntivo subepitelial son el gol estándar en cirugía plástica periodontal ya que dan lugar a cambios de espesor tisular, aumento de encía queratinizada y cobertura radicular, el mantenimiento

periodontal es prioritario para evitar eventos inflamatorios que faciliten la recidiva de la recesión ⁵.

Díaz A, Hernán R, Silva M. Técnica quirúrgica de Edland Mejchar para corrección de recesión gingival. El objetivo de este estudio fue utilizar la técnica de Edland Mejchar a través de la intercepción de la tensión, por medio de una incisión supraperiostica con relajantes internas a nivel conjuntivo que ofrece la posibilidad del alivio de la fuerza patológica y la formación de una banda mucogingival, la cual evita que la recesión siga evolucionando de forma natural. El reporte de caso clínico paciente femenina de 31 años de edad, sin alteraciones sistémicas, con hemograma sin ninguna alteración. Al examen clínico se observa fondo de vestíbulo poco profundo y con poca resiliencia, frenillo labial poco imperceptible, encía marginal eritematosa y recesiones gingivales a nivel del órgano dental 3.1,4.1,4.2, con mayor complicación en la pieza 4.1, no refleja bolsa periodontal y la presencia de encía insertada insuficiente. Según la clasificación de Miller la recesión como clase I. La terapia a implementar sería el raspado y alisado radicular y profilaxis ante cualquier consideración quirúrgica. Se realizó una incisión en sentido horizontal en la mucosa móvil, en el área de los incisivos, siguiendo el contorno del fondo del vestíbulo, con ayuda de una pinza Adson sin garra, se posiciona vestibularmente para permitir al operador visualizar la zona, donde se procede a debridar por medio de un corte agudo hasta llegar al periostio el cual se eliminará con una espátula A7 exponiendo el hueso. Con ayuda de suturas internas, se ubica el tejido mucoso a una posición más apical, valiéndose del periostio

ubicado debajo del campo quirúrgico. La zona del corte horizontal se deja sin sutura para que cicatrice por segunda intención. Se cubrió con cemento quirúrgico desde el tercio medio de los órganos dentales anteroinferiores hasta cubrir por completo la herida. El control a los 15 días muestra una cicatrización completa y una formación de una banda fibrosa. Se concluye que la técnica de Edland Mejchar ofrece una solución mucho más asequible en proporción costo beneficio además de ser una técnica sencilla y de ser el riesgo de fracaso por rechazo inmunológico del nuevo tejido es nula ⁶.

2.3.2. BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS

EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología descriptiva se ocupa del estudio de su aparición (prevalencia o incidencia, o ambos) distribución y evolución, como también su relación con la edad, sexo, características étnicas, el nivel socioeconómico, el lugar de residencia y otras variables, y su vinculación con factores etiológicos.

La epidemiología analítica investiga, por medio de estudios retrospectivos y prospectivos, la hipótesis derivada de la epidemiología descriptiva, a fin de identificar los factores determinantes de la enfermedad y los procesos patogénicos. La epidemiología experimental analiza la eficacia de los procedimientos terapéuticos y preventivos.

FACTORES DE PATOGENICIDAD DE LOS MICROORGANISMOS PERIODONTALES

Los factores que permiten que una bacteria cause una enfermedad se llama factores de virulencia. Estos factores permiten, en primer lugar, la colonización e invasión de los tejidos y luego, la acción directa o indirecta cuyo resultado es el daño tisular.

FACTORES QUE FAVORECEN LA ACUMULACIÓN DE PLACA

Son numerosos los factores que posibilitan el contacto íntimo y prolongado de la placa bacteriana con los tejidos gingivales o subgingivales, lo que favorece su acción patogénica. Ellos son los cálculos, los empaquetamientos de comida, los factores iatrogénicos, como obturaciones desbordantes y prótesis lesiva, y la respiración bucal.

➤ CALCULOS

Son masas calcificadas y adherentes que se forman sobre la superficie del diente. Pueden ser supragingivales o subgingivales, según se localicen por encima o por debajo del margen gingival.

➤ CALCULOS SUPRAGINGIVALES

Son de color blanco o blanco amarillento, y pueden ser coloreado por sustancias exógenas como tabaco, café, etc. Su consistencia es arcillosa y so se adhieren con mucha fuerza a la superficie del diente. Los cálculos supragingivales se localizan, además en dientes en mala posición dentaria o fuera de función por masticación unilateral o por falta de antagonistas, y su cantidad es mayor en bocas con mala higiene.

- **CALCULOS SUBGINGIVALES**

La inflamación crónica provocada por la placa lleva frecuentemente a la formación de bolsas periodontales. Los cálculos formados dentro de la bolsa periodontal, y por lo tanto debajo del margen gingival, se llaman cálculos subgingivales; no son la causa de la formación de bolsa sino una manifestación concomitante. Los cálculos subgingivales son por lo general de color oscuro, negro o verdoso, aunque a veces pueden ser blancuzcos, son densos y duros, de consistencia petra y chatos; se localizan en cualquier cara y diente y pueden tomar una forma nodular, nodular con prolongaciones, islotes aislados y rebordes⁷.

LA CLASIFICACIÓN DE MILLER

La clasificación más utilizada es la clasificación propuesta por Miller, es básicamente morfológica y enfocada en el pronóstico del recubrimiento radicular. Se basa en la posición del margen gingival en relación a la línea mucogingival y en el tejido perdido interproximal (hueso y encía).

- **Clase I**

Migración apical de la encía pero que no pasa la unión mucogingival y mantiene a las encías sanas.

- **Clase II**

Migración apical de la encía que si pasa la unión mucogingival y mantiene a las encías sanas.

- **Clase III**

Migración apical de la encía que puede o no pasar la unión mucogingival y genera una 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 interproximal³.

AUMENTO GINGIVAL

El 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, pero actualmente se ha evidenciado por medio de estudios que la salud gingival se puede mantener independientemente de sus dimensiones, aunque parece ser, en ausencia de higiene, la placa provoca mayor enrojecimiento en encías finas con poca encía queratinizada. Por lo tanto, la indicación para realizar un aumento gingival serias molestias durante el cepillado o el masticar debido a una encía débil y fina, o para prevenir dehiscencias en áreas se vayan a realizar movimientos ortodonticos dentarios hacia vestíbulo, o proporcionar mayor resistencia en la encía en torno a una restauración subgingival.

RECUBRIMIENTO RADICULAR

Las indicaciones más comunes para el recubrimiento radicular suelen ser por demanda estética o por sensibilidad radicular, aunque también se realizan para mejorar la topografía gingival y prevenir el acumulo de placa

junto con el trauma por cepillado son las causas más comunes de recesión gingival y exposición radicular.

INJERTOS PEDICULADOS

- ❖ **COLGAJO ROTACIONAL:** Utiliza un colgajo de la zona de encía queratinizada de los dientes adyacentes y se rota sobre la recesión para cubrirla, para evitar dehiscencia el colgajo se prepara a espesor a espesor parcial, para aumentar el aporte vascular se incluye el tejido a ambos lados de la recesión dando lugar al colgajo de doble papila.
- ❖ **COLGAJO DE AVANCE CORONAL:** Basado en que una incisión realizada apical a la línea mucogingival permite un reposicionamiento coronal del colgajo debido a la elasticidad de la mucosa alveolar. Puede ser usado para el recubrimiento radicular de uno o varios dientes. En caso de ser varios dientes los resultados estéticos descrito por Zucehelli y De Sanctis que consiste en un desplazamiento coronal del colgajo adaptando el mismo a papilas quirúrgicamente creadas y sin realizar descargas verticales. Cuando la recesión afecta a un solo diente, se puede optar por la técnica de avance coronal, basada en principios que solo aplica a una recesión, el colgajo de movimiento lateral y desplazamiento coronal.
- ❖ **INJERTOS CONECTIVOS:** El uso de este tipo de injertos implica la colocación del injerto sobre la superficie radicular en un lecho a espesor parcial y un colgajo para cubrirlo, bien coronal o lateral. Otra opción es preparar un lecho a espesor parcial en forma de sobre de manera que no se realizaran descargas quedando más estético e introduciendo el injerto a través del margen gingival.

RECONSTRUCCIÓN DE LA PAPILA INTERDENTAL

La papila interdental es una estructura gingival que se sitúa en el espacio interdental. Este espacio está delimitado por la superficie interproximal de los dientes adyacentes, la ubicación del punto de contacto y el nivel óseo subyacente que condiciona la morfología papilar, así, en biotipos finos en los que el punto de contacto se encuentra hacia incisal y el margen gingival tiene un contorno acusado, la papila tiene que ser estrecha y alargada, mientras en biotipos gruesos se da una situación opuesta siendo la papila ancha y corta. Algunas técnicas que se han utilizado:

- Injerto de tejido conectivo pediculado a espesor parcial desde la región del paladar hacia la zona interdental.
- Reposición papilar coronal semilunar. El injerto de tejido conectivo se introduce en la zona de la papila a través de una incisión semilunar.
- Creación de un sobre en la zona vestibular papilar donde se introduce un injerto conectivo dando volumen a la zona anterior.

ALARGAMIENTO CORONARIO

Es el tratamiento, desde el punto de vista estético, indicado para eliminar el exceso gingival derivado de una insuficiente corona clínica de los dientes. En este caso para tratamiento debe venir determinado por un análisis exhaustivo de la relación corona-raíz-hueso, para determinar cuál es la etiología de la excesiva exposición gingival respecto al resto de la estructura. También se debe analizar: simetría dental, inclinación axial de los dientes, localización del cenit gingival, puntos de contacto, biotipo gingival, perfil dental y la relación de las papilas con el borde incisal.

GINGIVECTOMIA

Eliminación de un rodete gingival cuando la banda de encía queratinizada está aumentada y no hay necesidad de retocar hueso. Este tipo de técnica debe ser realizada con cuidado en pacientes con encías pigmentadas ya que la incisión a bisel externo modificara dicha pigmentación, otorgando a la encía un ribete de color más claro. En este caso se realiza una gingivectomía de forma simétrica a ambos lados de la línea media o se realiza una incisión a bisel interno. Procedimiento realizado en pacientes con biotipo fino.

COLGAJO DE REPOSICIÓN APICAL

Cuando es necesario realizar un contorneado óseo. Procedimiento realizado en pacientes con biotipo grueso, y para varios dientes en un sector posterior. No está indicado para un solo diente del sector anterior⁴.

2.3.3. BASES CONCEPTUALES

➤ Recesión Gingival

Migración apical del margen gingival libre con la consiguiente exposición de la superficie radicular.

➤ Injerto Gingival Libre

Tejido retirado de la mucosa palatina o de alguna otra zona subcutánea o submucoso compuesto por fibras colágenas, células fibroblásticas, fibras reticulares y epitelio gingival. Principalmente indicado para el aumento de ancho de la encía queratinizada.

➤ **Cirugía plástica periodontal**

Conjunto de procedimientos diseñados para corregir o modificar las patologías que abarcan el periodonto, el hueso alveolar y la mucosa alveolar.

➤ **Éxito de la cirugía**

Principios y protocolos que indican que una terapia quirúrgica ha dado resultados favorables a corto o largo plazo del paciente.

CAPÍTULO III
INFORME DEL CASO CLÍNICO

3.1. HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

• **NOMBRE Y APELLIDO:** Huamán Huamán Dante

EDAD: 42 años **SEXO:** Masculino

ESTADO CIVIL: Casado

• **DOMICILIO:** Jr. 16 de junio S/N Barrio Mantaro Huayucachi

TELÉFONO: 933309274

OCUPACIÓN: Obrero

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Huayucachi 28/04/1975

LUGAR DE PROCEDENCIA: Huayucachi

• **MOTIVO DE CONSULTA:**

“Quiero tener mi boca sana”

• **ENFERMEDAD ACTUAL (INICIO, EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD)**

Paciente refiere que hace aproximadamente 1 semana acudió a consulta odontológica, donde le diagnosticaron placa dental abundante y enrojecimiento de las encías, además refiere sangrado al momento del cepillado dental.

No recibió tratamiento farmacológico ni odontológico.

ANTECEDENTES

A. ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:

Mama: Refiere en buen estado de salud y padre.

Papa: padece de osteoporosis

Refiere vivir en casa de material noble con servicios básicos, alimentación alta en carbohidratos, no refiere hábitos nocivos ni para funcionales.

B. ANTECEDENTES PERSONALES (HÁBITOS):

No refiere.

C. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: No refiere.

3.2. EXAMEN CLINICO

• **EXAMEN CLINICO GENERAL**

✓ Funciones neurosensoriales y estado general del paciente

ABEN, ABEH, ABEG Y LOTEK.

Funciones vitales

- ❖ PA: 110/80mmHg
- ❖ PULSO: 72ppm
- ❖ TEMPERATURA: 37°
- ❖ FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18rpm

Piel: textura suave

Turgencia: conservada

Color: trigüeño

Pigmentación: No presenta

Lesiones: No presenta

ANEXOS: Presenta cabello corto negro abundante, con buena implantación y en correcto estado de higiene, uñas lisas y convexas.

EXAMEN ESTOMATOLOGICO EXTRA ORAL ELEMENTAL:

- ❖ CABEZA: Normocefalo
- ❖ FACIE: Compuesta
- ❖ CARA: Normo Facial
- ❖ MUSCULOS: Asintomáticos y tónicos
- ❖ ATM: Sin alteración evidente

- ❖ REGIÓN HIOIDEA O TIROIDEA: Sin alteraciones evidentes.
- ❖ GANGLIOS: Sin alteraciones evidentes.

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO INTRAORAL

- ❖ LABIOS Y COMISURAS: presenta labios delgados, color rosado oscuro, humectados, con competencia labial simétricos y tónicos.
- ❖ CARRILLOS: color rosa pálido, sin alteraciones evidente
- ❖ PALADAR DURO Y BLANDO: color rosa pálido, sin alteraciones evidente
- ❖ OROFARINGE: color rosa pálido, úvula en posición normal.
- ❖ LENGUA: presenta lengua tamaño normal, humedad conservada.
- ❖ PISO DE BOCA: sin alteraciones evidentes
- ❖ FRENILLO: superior inserción media y frenillo inferior inserción media
- ❖ SALIVA: tipo fluido cantidad normal



EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO

ENCÍAS:

- COLOR ERITEMATOSA: a nivel de piezas 18,14,15,17,28,15,24, 34,33,32,31,41,42,43,44,45,46,47.
- TEXTURA LISA: a nivel de piezas 18,14,15,17,28,15,24, 34,33,32,31,41,42,43,44,45,46,47.
- CONSISTENCIA EDEMATOSA: a nivel de piezas 18,14,15,17,28,15,24, 34,33,32,31,41,42,43,44,45,46,47.

TEJIDOS DUROS:

- MAXILAR SUPERIOR: normognatico forma: ovoide
- MAXILAR INFERIOR: normognatico forma: ovoide
- DIENTES: total 26 (13 en maxilar superior y 13 en maxilar inferior)
- FORMA: cuadrangular
- COLOR: blanco amarillento
- DIASTEMAS: no presenta
- ALTERACIÓN DE POSICIÓN: no presenta
- FACETAS DE DESGASTE: 41,42,33 y 31
- OTRAS ALTERACIONES DENTARIAS: no presenta

OCLUSIÓN:

- RELACIÓN MOLAR DERECHA: no registrable

- RELACIÓN MOLAR IZQUIERDA: no registrable
- RELACIÓN CANINA DERECHA: clase I
- RELACIÓN CANINA IZQUIERDA: clase I
- LÍNEA MEDIA: conservado
- TRAYECTORIA MANDIBULAR: apertura hacia el lado izquierdo y en cierre regresa hacia su posición inicial
- DIMENSIÓN VERTICAL: fisiológica
- GRADO DE APERTURA BUCAL: 45mm
- Overbite: 20% overjet: 1mm
- INTERFERENCIAS OCLUSALES: no presenta
- MOVIMIENTOS EN CÉNTRICA: fisiológicamente conservado
- MOVIMIENTOS EXCÉNTRICOS: fisiológicamente conservado
- RELACIÓN CÉNTRICA Y OCLUSIÓN HABITUAL: no coinciden





DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

- Edentulo parcial superior e inferior
- Gingivitis asociada a placa bacteriana severa.
- Recesión gingival clase II de miller en pieza 44.

EXAMENES AUXILIARES

- RADIOGRAFIA PERIAPICAL
- FOTOGRAFÍAS INTRAORALES Y EXTRAORALES





3.3. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

- Edéntulo parcial superior e inferior.
- Gingivitis asociada a placa bacteriana severa.
- Recesión gingival clase II de Miller en pieza 44

CAPÍTULO IV

PLAN DE TRATAMIENTO

PERIODONCIA:

- Fisioterapia oral, cepillado dental y uso de hilo dental
- Destartraje y profilaxis

CIRUGIA:

- Cirugía plástica periodontal.
- Anestesia infiltrativa
- Incision intrasulcar, horizontal
- Formación del colgajo
- Aplanar lecho de la herida
- Limpiar con suero fisiológico
- Suturar

CIRUGÍA PLÁSTICA PERIODONTAL





CAPÍTULO V

DISCUSIONES

- Autores como Membreño J. manifiestan que un aloinjerto adecuado, recomienda para el aumento de espesor de tejido queratinizado que nos da mejores resultados estéticos.
- En su estudio con la técnica MDA, se obtiene una mayor armonización de los dientes vecinos y un incremento de la encía queratinizada.
- En su estudio de reporte de caso clínico Cruz R, se realizó un injerto de tejido conectivo su epitelial, cubierto por colgajo de espesor parcial desplazado desplazado coronalmente tipo bolsillo de la clasificación de I de Miller a diferencia de nosotros que realizamos el tratamiento de una clase II de Miller, en un solo diente realizado con la técnica de avance coronal.
- Sarduy L. en su estudio realiza el colgajo de reposición coronal al igual de nuestro caso, pero a diferencia de la nuestra utiliza plasma rica en plaquetas y leucocitos por lo que son varias piezas dentarias.

- Carreño en su estudio, también diagnostica una clase I de Miller en 2 piezas dentarias inferiores el cual utilizo injertos gingivales libres a diferencia nuestra lo realizamos con la técnica de avance coronal.
- Bueno R, en su estudio al igual que el nuestro presento un diagnóstico de Miller clase II, a diferencia de la nuestra un colgajo de reposición coronal tomada del paladar la evidencia actual nos manifiesta el color de la encía en mucho más claro.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- Un buen diagnóstico de la etiología, posibilidades quirúrgicas y pronóstico son esenciales para obtener un buen resultado funcional y estético, satisfaciendo la demanda del paciente a largo plazo.
- El reporte de casos clínicos y serie de casos aislados hay que tener en cuenta que todas estas técnicas están condicionadas en gran parte por habilidad del operador y los cuidados postoperatorios del paciente.
- En caso de retracciones gingivales se ocasionan por tracción patológica de los tejidos, el clínico debe eliminar las fuerzas excesivas originadas por las fibras musculares del vestíbulo, lo cual nos dará excelentes resultados.
- Hoy en día se debe contar con guías y protocolos del diagnóstico y plan de tratamiento en la cirugía plástica periodontal.
- En lo referente a la cirugía plástica peri-implantar, no existe muchos reportes lo cual nos motivara a ser buscando información y evidenciado la clínica.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

- Recomendamos realizar un examen minucioso de la cavidad bucal y alertar el defecto gingival que con el tiempo se podría perder los dientes.
- Recomendamos realizar mayores trabajos de investigación y evidenciar con la técnica realizada en procedimiento clínico.
- Recomendamos que este tipo de estudio los controles clínicos sean mayores a 3 meses para garantizar una estabilidad en el tiempo.
- Realizar más investigaciones con diferentes técnicas para devolver la parte funcional y estética del paciente.
- Debemos cuantificar el porcentaje de patologías con recesiones gingivales tanto en varones y mujeres.
- Realizar mayores estudios para corroborar su efectividad en el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Cruz R, Caballero D. Injerto de tejido conectivo subepitelial y colgajo reposicionado coronal modificado para tratamiento de recesiones periodontales. Rev cubana Estomatol.2019; 56 (4).1-10.
- 2.- Sarduy L, Arce M, Corrales M, Díaz A, Cantero C. Colgajo de reposición coronal asociado a fibrina rica en plaquetas y leucocitos en recesiones periodontales. Medident Electron.2019; 23(3).295-304.
- 3.- Carreño L. Cirugía plástica periodontal, manejo de encía queratinizada con injertos gingivales libre. [Reporte de un caso clínico para optar la especialidad en Periodoncia]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos;2016.
- 4.- Diez R, Costa X, Bascones A. Cirugía plástica periodontal en dientes del sector anterior. Avances en Periodoncia.2016;28 (3):147-154.
- 5.- Bueno R, Alexandro L. Cirugía Plástica Periodontal: Reporte de un caso clínico. Odontoestomatología.2016;18(27):49-54.
- 6.- Díaz A, Hernán R, Silva M. Técnica quirúrgica de Edland Mejchar para corrección de recesión gingival. Av Periodon Implantol. 2016;28(1): 35-39.
- 7.- Carranza F, Sznajder. Compendio de Periodoncia. S (5ta. Edición). Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1999.