



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE ODONTÓLOGA**

TEMA:

Tratamiento clínico de recesión gingival localizada en un paciente con periodontitis crónica. Reporte de un caso.

AUTORA:

Mencías Estevez Génesis Noemí

TUTOR:

Dr. Héctor Hidalgo Rodríguez

Guayaquil, Mayo del 2016



APROBACIÓN DE LA TUTORÍA

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: **Tratamiento clínico de recesión gingival localizada en un paciente con periodontitis crónica. Reporte de un caso**, presentado por la Srta. **Mencías Estevez Génesis Noemí**, del cual he sido su tutor, para su evaluación, como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga.

Guayaquil, Mayo del 2016.



Dr. Héctor Hidalgo Rodríguez
CI. 0916537483

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de Grado previo a la obtención del Título de Odontóloga, es original y cumple con las exigencias académicas de la Facultad Piloto de Odontología, por consiguiente se aprueba.

.....
Dr. Mario Ortiz San Martín, Esp.

Decano

.....
Dr. Miguel Álvarez Avilés, Mg.

Subdecano

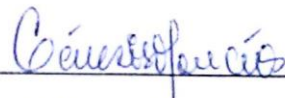
.....
Dr. Patricio Proaño Yela, Mg.

Gestor de Titulación

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **Mencías Estevez Génesis Noemí**, con cédula de identidad N° **0931080436**, declaro ante el Consejo Directivo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil, 05 de Mayo del 2016



Génesis Noemí Mencías Estevez

CI: 0931080436

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de vivir esta etapa de mi vida y poner personas a mi alrededor que aunque para bien o mal, siempre dejaron una enseñanza de vida.

A mi familia que siempre estuvo para mí, apoyándome y dándome aliento para lograr una de mis más grandes metas.

A mis amigas por su infaltable compañía y complicidad, y porque gracias a ellas me llevo los más lindos recuerdos de mi etapa universitaria.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme dado la fuerza y sabiduría para poder realizar este trabajo, que no ha sido nada fácil, pero que felizmente se logró.

A mis padres por apoyarme en todo lo que necesitaba, en cualquier momento, ya que sin ellos habría estado sola en este difícil camino.

A mis maestros por impartir no solo sus conocimientos sino también su parte humanitaria, preparándonos para la vida profesional.

Al Dr. Héctor Hidalgo por su amabilidad, tiempo y dedicación para la elaboración y respectivas correcciones de este trabajo.

Finalmente, debo mencionar a mis amigas Karolain, Mabel y Lissette, en agradecimiento por el apoyo durante los días de trabajo e investigación, sin ellas no se podría haber dado de la mejor forma.

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

Mario Ortiz San Martín, MSc.

DECANO DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

Presente.

A través de este medio indico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo **Tratamiento clínico de recesión gingival localizada en un paciente con periodontitis crónica. Reporte de un caso.** realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, 05 de Mayo del 2016

.....*Génesis Noemí Mencías Estevez*.....

Génesis Noemí Mencías Estevez

CI: 0931080436

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
Carátula.....	I
Aprobación de la tutoría	II
Certificación de aprobación.....	III
Declaración de autoría de la investigación	IV
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento	VI
Cesión de derechos de autor a la Universidad de Guayaquil	VII
Índice General.....	VIII
Índice de Fotos.....	IX
Resumen	X
Abstract.....	XI
1. Introducción.....	1
2. Objetivo.....	22
3. Desarrollo del caso.....	23
3.1. Historia clínica del paciente.....	23
3.1.1. Identificación del paciente.....	23
3.1.2. Motivo de consulta.....	23
3.1.3. Anamnesis.....	23
3.2. Odontograma.....	24
3.3. Imágenes de Rx, modelos de estudio, fotos intraorales, extraorales.....	26
3.4. Diagnóstico.....	32
4. Pronóstico.....	32
5. Planes de tratamiento.....	32
5.1. Tratamiento.....	33
6. Discusión.....	47
7. Conclusiones.....	48
 Bibliografía	
 Anexos	

ÍNDICE DE FOTOS

Contenidos	Pág.
Foto 1 Odontograma.....	24
Foto 2 Periodontograma	25
Foto 3 Rx Panorámica	26
Foto 4 Arcada superior	27
Foto 5 Arcada inferior	28
Foto 6 Arcadas en oclusión	28
Foto 7 Imagen lateral derecha	29
Foto 8 Imagen lateral izquierda	29
Foto 9 Imagen frontal	30
Foto 10 Imagen lateral.....	31
Foto 11 Material e instrumental para profilaxis	33
Foto 12 Líquido revelador de placa.....	34
Foto 13 Profilaxis	35
Foto 14 Profilaxis terminada	36
Foto 15 Sondaje	37
Foto 16 Sonda Williams	37
Foto 17 Instrumental y material para la cirugía.....	38
Foto 18 Asepsia	39
Foto 19 Presentación del caso	40
Foto 20 Anestésico tópico	41
Foto 21 Anestesia local.....	41
Foto 22 Incisión	42
Foto 23 Incisión	42
Foto 24 Levantamiento del colgajo	43
Foto 25 Verificar que el colgajo cubre la recesión.....	44
Foto 26 Raspado radicular.....	45
Foto 27 Tetraciclina.....	45
Foto 28 Sutura	46

RESUMEN

La recesión o retracción gingival puede definirse como el desplazamiento apical del margen gingival libre, en relación a la unión cemento esmalte. Esta exposición del cemento puede no solo dar como resultado problemas estéticos, sino también aumentar la susceptibilidad del diente frente a la aparición de caries radicular. Puede presentarse tanto en un diente como en múltiples piezas dentarias, está relacionada a diversos factores, entre ellos: placa bacteriana, mal posiciones dentarias, oclusión traumática y sobre todo al cepillado abrasivo. Existen diversas técnicas quirúrgicas para su tratamiento, entre ellas colgajo y colgajos con injerto, de las cuales el objetivo es crear o ensanchar la encía insertada alrededor de un diente. El propósito de este trabajo es presentar un caso clínico acerca del tratamiento de recesión gingival en una paciente que presenta enfermedad periodontal. En cuanto al resultado de esta cirugía, esta investigación evidencia eficacia mediante la utilización de la técnica de colgajo desplazado coronalmente.

Palabras clave: recesión gingival, desplazamiento coronal, enfermedad periodontal, técnicas quirúrgicas.

ABSTRACT

Recession or gingival recession can be defined as the apical displacement of the free gingival margin, in relation to the cement enamel junction. This exhibition not only cement can result in aesthetic problems, but also increase the susceptibility of the tooth against the occurrence of root decay. It can present in one tooth or multiple teeth, is related to several factors, including: plaque, bad dental positions, especially traumatic occlusion and abrasive brushing. There various surgical techniques for treatment, including flaps or flap and graft, of which the aim is to create or widen the attached gingiva around a tooth. The purpose of this investigation is present a case report on the treatment of gingival recession in a patient with periodontal disease. As the result of this surgery, this investigation evidence effectively using the coronally advanced flap technique.

Keywords: gingival recession, coronal displacement, periodontal disease, surgical techniques.

1. Introducción

“La encía es, fundamentalmente, una estructura conectiva rodeada de tejido epitelial que abraza al diente y que limita apicalmente con la línea mucogingival, excepto a nivel palatino, donde se continúa con la mucosa masticatoria palatina. (Echeverría, Echeverría, & Santamaria, 2011)

La encía establece complemento de los tejidos de sostén, posee a modo de empleo preservar los tejidos inferiores, aquel segmento que forma la mucosa bucal, hallada cerca del diente, es un tejido que envuelve el hueso alveolar, produce una asociación con el diente a través del mencionado surco gingival. (Eley, Soory, & Manson, 2012).

Todos los tejidos vitales están sometidos a cambios para poder adaptarse a su medio, y la cavidad bucal, la misma que constituye el inicio del aparato digestivo, puede considerarse un medio de fácil invasión bacteriana. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

Los tejidos bucales están expuesto a un sin número de estímulos, entre estos temperatura, alimentos, acidez, alcalinidad, presencia de bacterias, trastornos e irritaciones producto de los trabajos dentales, sin embargo la mucosa bucal ofrece total resistencia y eficacia en sus mecanismos de defensa gingivales: flujo salival y su contenido, la regeneración celular y la descamación de la superficie del tejido, y la acción de los mecanismos inmunitarios. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

La unión creada entre el diente y el tejido gingival, es única y vulnerable. Es la única entre un tejido blando y, uno calcificado expuesto al entorno externo. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

Una encía sana se presente clínicamente de color rosa, de consistencia firme y con una forma festoneada que se adapta a la forma de los dientes. Su color, dado por la melanina, puede variar dependiendo de su pigmentación, queratinización, vascularización y naturaleza del tejido conjuntivo subyacente. (Eley, Soory, & Manson, 2012)



Fuente: (Eley, Soory, & Manson, 2012)

“El epitelio de la encía se denomina epitelio gingival en su parte externa, se continúa con el epitelio sulcular en su parte interna –a nivel del surco gingival libre- y a éste le sigue el epitelio de inserción o unión, en la parte interna de la encía, uniendo ésta al esmalte de la corona dentaria. Por lo tanto, el epitelio que cubre la encía es una estructura continua, aunque con diferentes características histológicas.”(Echeverría, Echeverría, & Santamaria, 2011)

El epitelio gingival presenta en muchas zonas, especialmente en dirección a los incisivos, la denominada piel de naranja, que se caracteriza por un aspecto punteado, lo que corresponde a la presencia de fibras conectivas uniendo la encía al periostio. Cuando la encía se inflama, estas fibras conectivas se afectan por lo que la apariencia punteada disminuye visiblemente o desaparece. (Echeverría, Echeverría, & Santamaria, 2011)

El epitelio puede en otras ocasiones presentar zonas de mayor coloración, esto es debido a mayores depósitos de melanina. (Echeverría, Echeverría, & Santamaria, 2011)



Fuente: (Echeverría, Echeverría, & Santamaria, 2011)

Margen gingival

Se denomina margen gingival al borde coronal de la encía, la misma que es paralela a la línea amelocementaria. El margen se adapta también a los espacios interproximales, los mismos que están cubiertos por encía hasta el nivel del punto de contacto, la encía en esta zona toma el nombre de papila. (Echeverría, Echeverría, & Santamaria, 2011)

La encía se divide en dos zonas: encía libre o marginal y encía insertada o adherida.

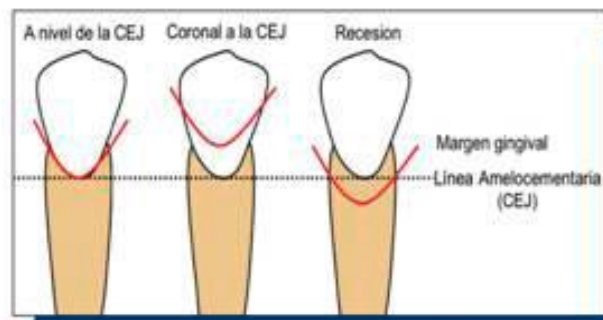


Figura 1. Esquema representativo de la posición del margen gingival en relación a la línea amelocementaria (CEJ).

Fuente: (J & Bedoya, 2010)

Encía marginal

Forma una especie de collar de 1-2 mm de grosor que rodea el cuello del diente, constituye la pared externa del surco gingival que posee de 0-2 mm de profundidad. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

La encía marginal posee una superficie que a diferencia de la encía insertada, es lisa, se limitan la una de la otra por el surco gingival libre. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

Encía insertada

Llamada también mucosa funcional, va desde el surco gingival hasta la unión mucogingival. Está firmemente unida al periostio, y posee una superficie punteada que varía considerablemente. Tiene una anchura entre 0-9 mm, siendo más ancha en la zona de los incisivos (3-5mm) y más estrecha hacia la zona de caninos y premolares inferiores. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

Características microscópicas

El margen gingival posee un tejido conjuntivo fibroso que se encuentra cubierto por epitelio escamoso estratificado, el mismo que está sometido a renovaciones constantes, esto debido a la reproducción continua de células en las capas más profundas y desprendimiento de las capas superficiales. Ambas actividades son las encargadas de mantener constante el grosor del epitelio. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

El epitelio del margen gingival está queratinizado, mientras que en la parte interna es más fina y no tiene queratina. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

El epitelio intacto es un sistema contra microorganismos, pero éste a su vez es permeable a sustancias pequeñas. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

La pigmentación de la encía se debe a los melanocitos, la variación de pigmentación no es el resultado de una variación en el número de células, si no de la capacidad de producir pigmentos, lo que está determinado genéticamente. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

El tejido conjuntivo está formado por una malla de haces de fibras de colágeno que se encuentran circulando en una sustancia fundamental. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

Sustancia fundamental

Está formada por células del tejido conjuntivo, vasos y nervios, inmersos en una matriz acelular formada por glucosaminoglucanos, proteoglucanos y glucoproteínas. El GAG más común es el ácido hialurónico (hialuronano). (Eley, Soory, & Manson, 2012)

La fibronectina es una de las glucoproteínas más significativas, su función es provocar la adhesión de fibroblastos a la matriz extracelular, la alineación de las fibras de colágeno. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

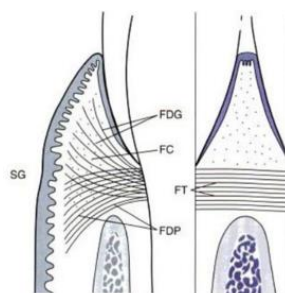


Fig. 1-2. Fibras colágenas gingivales. La mayoría de estas fibras se disponen en grupos de haces con una orientación clara. De acuerdo con su inserción y recorrida dentro del tejido conectivo del corion, los haces orientados de la encía se dividen en los siguientes grupos: FDG, fibras dentogingivales o gingivodentales; FC, fibras circulares; FT, fibras transapicales; FDP, fibras dentoperiostales o periostodentales. SG, surco gingival.

Fibras gingivales

La función principal es mantener la integridad de la inserción dentogingival. Estas fibras se disponen de la siguiente manera:

- Fibras dentogingivales: o libres son separadas hacia la encía y en modo de abanico para fusionarse con el periostio de la encía implantada e incrustadas en el cemento.
- Fibras alveologingivales: nacen en la cresta alveolar y discurren hacia la encía.
- Fibras circulares: rodean el diente a manera de collar.
- Fibras transeptales: se dirigen de diente a diente coronalmente a la cresta alveolar.

(Eley, Soory, & Manson, 2012)

Aporte vascular, linfático y nervioso

La encía tiene un gran aporte vascular proveniente de parte de tres fuentes: vasos supraparióísticos y del ligamento periodontal, y vasos alveolares, éstos nacen en la cresta alveolar. El drenaje linfático comienza por los ganglios linfáticos regionales: luego se dirige de la encía mandibular a los ganglios cervicales, en este punto pasa por los submandibulares y submentonianos; y en término de esto se dirige desde de la encía maxilar a los ganglios táctiles y receptores del dolor y de la temperatura. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

Encía interdental

Tiene una forma cóncava y se describe como un “nicho” o “col” que une las papilas faciales y linguales. El epitelio del “col” es fino y no queratinizado, formado por solo unas capas de células. La región interdental es el lugar en donde inicia la gingivitis. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

Unión dentogingival

“El epitelio gingival es manifestado en 3 partes. En la base del surco, la unión de la encía y el diente tiene lugar mediante un epitelio especial, el epitelio de unión. El epitelio oral se amplía de la alianza mucogingival al costado gingival en el cual el epitelio del surco recubre el surco gingival”. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

Líquido crevicular

Su presencia fue descrita en el siglo XIX, pero su posible función en los mecanismos de defensa de la boca fue descrita en el trabajo de Waerhaug y Brill y Krasse en los años 50. (Newman, Takei, Klokkevold, & Carranza, 2014)

La salida de líquido es estimulada si se mastica, se cepilla y cualquier estimulación de las encías; el flujo acrecienta cuando hay inflamación. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

Este líquido es un exudado inflamatorio que posee en su composición, leucocitos y otras sustancias antimicrobianas. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

El líquido crevicular posee las siguientes funciones:

- Limpieza del surco gingival
- Posee proteínas plasmáticas que influyen en la inserción epitelial del diente.
- Posee antimicrobianos
- Se encarga del transporte de leucocitos polimorfonucleares y macrófagos, que son los encargados de fagocitar las bacterias. (Eley, Soory, & Manson, 2012)

RECESIÓN GINGIVAL



Fuente: (Zabalegui, 2015)

De acuerdo con el glosario de Terminología Periodontal de la Sociedad Brasileña de Periodoncia del año 2005, señala la retracción gingival es el desplazamiento del margen gingival apical hacia la unión amelocementaria. (Sallum, Cicarelli, Querido, & Neto, 2014)

La recesión gingival puede ser definida como la exposición de cemento radicular hacia la cavidad oral como resultado de la pérdida de los tejidos del margen gingival. Sin embargo, un término más exacto sería recesión periodontal, ya que también existe pérdida de hueso alveolar y de cemento. (Reyes, 2011)

La ratificación de Carranza es la cual que la recesión fundamenta en la manifestación de la extensión radicular por una desorientación apical en la situación de la encía. (Medina, 2009)

Es cabal empatar la postura existente y fingida de la encía. La fingida concierne a la elevación de la cresta del lado gingival La existente concierne al nivel de la implantación epitelial en el diente. Efectivamente, el riesgo de la recesión es proporcionado por la postura existente de la encía. (Medina, 2009)

Según Baker y Seymour, la recesión está vinculada a numerosos factores: presencia de placa bacteriana, posición del diente en el arco dental, oclusión traumática, cepillado deficiente, frenillos con inserciones altas, presión labial, falta dimensional de encía, etc. (Lindhe, Lang, & Karring, 2009)

Los factores han sido divididos en predisponentes y precipitantes, siendo de la primera categoría malos posicionamientos dentales, inserciones altas de frenillos, dimensiones gingivales insuficientes, y entre los precipitantes están placa bacteriana, cepillado traumático y lesiones iatrogénicas. (César A. Magalhaes Benfatti, 2010)

Puede ocurrir en múltiples diente o solo en uno. El cepillado traumático está relacionado a la aparición de retracciones únicamente de caras vestibulares, ya que las retracciones que incluyen todas las caras del diente, esta inducidas por placa bacteriana. (Sallum, Cicarelli, Querido, & Neto, 2014)

Además de los problemas estéticas que trae consigo la recesión gingival, también trae como consecuencia la sensibilidad dentinaria. (Ariadne Cristiane Cabral Cruz, 2008)

De entre los trastornos mucogingivales, el más común, por el que los pacientes acuden a la consulta odontológica es la recesión periodontal, cuya incidencia a nivel mundial varía del 8% en niños y jóvenes hasta el 100% en personas mayores de 50 años. (Msc. Dra. Rosario Cruz Morales, 2008-2010)

PARÁMETROS INFLUENCIALES EN LA SEVERIDAD DE LA RECESIÓN GINGIVAL

La aparición y severidad de la recesión gingival se puede ver influenciada por diversos factores, como son: edad, consumo de fármacos, enfermedades generales, hábitos que sean nocivos (alcohol, tabaco), higiene deficiente y también el uso de piercings. (Rubio, Daza, & Archilla, 2016)

Con respecto a la edad, en los estudios realizados por Albandar y Kingman en individuos de entre treinta y noventa años, con una muestra de 9.698 individuos, calcularon que un total de 23,8 millones de personas existe recesión gingival de tres milímetro o más. Además en individuos de treinta años existe una prevalencia del 58% de recesiones de un milímetro o más y que éste aumenta con la edad. (Rubio, Daza, & Archilla, 2015)

La higiene juega también un papel importante, más que nada por la frecuencia y técnica de cepillado, dureza de las cerdas, junto con el uso de seda dental y colutorios. (Rubio, Daza, & Archilla, 2016)

Los tratamiento de ortodoncia están también relacionados con la aparición de recesiones gingivales, pero no existen evidencias claras. (Rubio, Daza, & Archilla, 2016)

Existen también otros factores como son: anatómicos, fisiológicos y patológicos. (Rubio, Daza, & Archilla, 2015)

- **Factores anatómicos:** Se refieren a la fenestración, dehiscencia del hueso alveolar, y una mala posición de los dientes en el arco.
- **Factores fisiológicos:** Incluye movimientos de los dientes a posiciones fuera del hueso alveolar ya sea labial o lingual.
- **Factores patológicos:** La inflamación es un importante factor que trae consigo recesión gingival.

(Rubio, Daza, & Archilla, 2015)

CLASIFICACIÓN DE RECESIONES GINGIVALES

El señor Sullivan y Atkins y el señor Miller poseen dos categorizaciones en la literatura. En la categorización de Sullivan y Atkins son referidas 4 condiciones: profundo-amplio, después sigue superficial-amplio, continuamos con la condición superficial-estrecho y también tenemos a profundo-estrecho. (Medina, 2009)

Clasificación de Miller

Miller en 1985, realizó su clasificación con las siguientes cuatro categorías:

- **Clase I:** existe una recesión del tejido marginal, el mismo que no llega a la unión mucogingival, la zona interdental no presenta pérdida ósea ni de tejido blando.

(Reyes, 2011)



Figura 1. Recesión Clase I Miller.

- **Clase II:** No existe ninguna disminución de tejido interproximal, existe una recesión que va desde el perfil apical al perfil mucogingival.,(Reyes, 2011)



Figura 2. Recesión Clase II Miller.

Fuente: (Vicario, Pascual, Vives, & Santos, 2006)

- **Clase III:** la recesión avanza hasta la línea mucogingival, hay pérdida de tejido interproximal. (Reyes, 2011)



Figura 3. Recesión Clase III Miller.

Fuente: (Vicario, Pascual, Vives, & Santos, 2006)

- **Clase IV:** La recesión va hasta o aún más allá de la línea mucogingival, acompañada de un pérdida severa de tejido periodontal interproximal. (Reyes, 2011)



Figura 4. Recesión Clase IV Miller.

Fuente: (Vicario, Pascual, Vives, & Santos, 2006)

De acuerdo con el tipo de recesión que presente un individuo se determinará la técnica quirúrgica adecuada para el tratamiento, teniendo en cuenta que la misma está justificada en casos de problemas estéticos, sensibilidad o caries radicular. (Medina, 2009)

Clasificación de Mahajan's

Esta clasificación es una variable de la de Miller, fue establecida en el 2010:

- **Clase I:** defecto de recesión no llega a la línea mucogingival.
- **Clase II:** defecto de recesión llega a la línea mucogingival.
- **Clase III:** defecto de recesión acompañado de pérdida de hueso y tejido en la zona interdental hasta 1/3 cervical de la superficie radicular.
- **Clase IV:** defecto de recesión gingival acompañada de pérdida severa de hueso y tejido de la zona periodontal de más de 1/3 de la superficie radicular.

(Aroni, 2013)

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA CIRUGÍA MUCOGINGIVAL

La cirugía mucogingival incluye una serie de procedimientos diseñados para corregir defectos de posición, morfología y cantidad de encía peridentaria. (Fontaine, García, & Fontaine, 2015)

El término cirugía mucogingival se introdujo en la literatura en el año 1950 siendo definido como “procedimiento quirúrgico, diseñado para preservar la encía, remover frenillos, inserciones musculares aberrantes, e incrementar la profundidad del vestíbulo”. (Corrales, Palacio, & Arango, 2009)

Miller en 1993 sugirió el término Cirugía Plástica Periodontal, con el fin de incluir en la cirugía la corrección de la forma de la cresta alveolar y la estética de los tejidos blandos. Con todos estos aportes, en el consenso de 1996 de la Academia Americana de Periodontología se define la terapia gingival como “procedimiento quirúrgico realizado

para corregir o eliminar deformidades de tipo anatómico, de desarrollo o traumático de la encía o mucosa alveolar”. (Corrales, Palacio, & Arango, 2009)

En esta cirugía se ven inmersas distintas acciones, como son: agrandamiento gingival, recubrimientos radiculares, corrección de defectos mucosos en sitios de implantes, alargamiento de corona clínica, eliminación de frenillos aberrantes, preservación de la encía en sitios de erupción ectópica, prevención de colapso de la cresta alveolar asociado con la extracción, acrecentamiento del reborde edéntulo. (Corrales, Palacio, & Arango, 2009)

Indicaciones

La cirugía periodontal está indicada en casos de asimetrías gingivales, manchas gingivales, alargamiento o exposición coronal, eliminación de frenillos anómalos, reconstrucción de papila, alteraciones causadas por irritantes, bien sea aumento de volumen o recesión del tejido gingival. (Rocío, 2014)

En la primera Reunión Europea de Periodoncia (1993) se establecieron las siguientes:

- Recesiones localizadas o generalizadas que provocan problemas estéticos.
- Hipersensibilidad radicular.
- Cuando el paciente no puede mantener un control de placa en la zona de recesión.
- Cuando se prevé que luego de un tratamiento ortodóntico habrá dehiscencia por la delgadez del tejido gingival vestibular.
- Prevención de caries a nivel cervical.

(Aroni, 2013)

Contraindicaciones

Antes de llevar a cabo cualquier tipo de cirugía debemos tener en cuenta los factores de riesgo, en cuanto a las recesiones, los factores se dividen en aquellos que pueden ser modificados y aquellos que no, considerados estos últimos como una contraindicación para las técnicas de cubrimiento radicular. (Medina, 2009)

- Un factor totalmente negativo es la pérdida de hueso interproximal.

- El tabaco es el factor de mayor riesgo en cuanto al fracaso de los procedimientos mucogingivales.
- La higiene es un factor que puede ser modificado. Las técnicas abrasivas o traumáticas producen recesiones que probablemente requieran corrección quirúrgica.

(Medina, 2009)

B. M. Eley considera que las contraindicaciones pueden ser orales o generales, estableciendo de esta manera que la cirugía mucogingival está contraindicada en:

- Paciente de edad muy avanzada.
- Enfermedades como afecciones cardiovasculares graves, nefropatías, trastornos hematológicos, neoplasias, diabetes no controlada.
- Presencia de una infección aguda.
- Cuando el pronóstico es realmente malo y la pérdida del diente es inevitable.

(Eley, Soory, & Manson, 2012)

TRATAMIENTO

El tratamiento de las recesiones comprende dos fases: tratamiento etiológico y tratamiento restaurador. El tratamiento etiológico consiste en eliminar los factores predisponentes, tales como cepillado traumático, presencia de placa bacteriana, lesiones iatrogénicas. En el tratamiento restaurador se busca evaluar la salud de los tejidos, la presencia de síntomas y la necesidad o no de un tratamiento quirúrgico. (Rubio, Daza, & Archilla, 2015)

Existe un factor determinante para valorar el pronóstico de un tratamiento quirúrgico, este es la posición del tejido interproximal, ya que si presenta pérdida de altura de las papilas interdentes, no se podrá conseguir un completo recubrimiento radicular. (Rubio, Daza, & Archilla, 2015)

En las clases I y II de Miller se puede obtener satisfactoriamente un cubrimiento radicular completo, en la clase III un recubrimiento parcial, mientras que en la clase IV no es posible conseguir recubrimiento radicular. (Corrales, Palacio, & Arango, 2009)

Técnicas Quirúrgicas para tratamiento de recesiones gingivales

Los objetivos de estas técnicas quirúrgicas son:

- Evitar la progresión de la enfermedad periodontal.
- Recuperar los tejidos perdidos.

(Eley, Soory, & Manson, 2012)

Actualmente existe un sin número de técnicas para el tratamiento de recesiones gingivales, siendo el periodoncista el encargado de identificar el más adecuado para cada paciente. (Aroni, 2013)

Técnicas de injertos pediculados

- Colgajo reposicionado lateralmente.
- Colgajo de doble papila.
- Colgajo reposicionado coronalmente.
- Colgajo semilunar reposicionado coronalmente.

(Aroni, 2013)

Técnicas de injertos libre

- Injerto gingival libre de epitelio-conjuntivo.
- Injerto gingival libre de conjuntivo.

(Aroni, 2013)

Técnica de injerto combinado

- Injerto de conjuntivo subepitelial.

(Aroni, 2013)

Técnica de injertos alogénicos

- Matriz dérmica acelular.

(Aroni, 2013)

En esta revisión serán descritas tres de las técnicas ya mencionadas.

COLGAJO REPOSICIONADO CORONALMENTE



Fuente: (Castro & Vargas, 2012)

El colgajo desplazado coronal es una de las técnicas mucogingivales más comunes a la hora del tratamiento de recesiones gingivales clase I o II de Miller, sean estas localizadas o generalizadas. (Corrales, Palacio, & Arango, 2009)

Este tipo de colgajo se caracteriza por la reposición apical del colgajo, con el fin de cubrir la superficie radicular expuesta. (Aroni, 2013)

Para la elección de este tipo de colgajo es importante tener en cuenta la cantidad de tejido queratinizado localizado apicalmente al lugar de la recesión. Esta técnica presenta varias características positivas por las cuales es una de las técnicas mayormente utilizadas, entre estas están su simplicidad de ejecución, post operatorio indoloro, buen resultado estético. (Aroni, 2013)

La técnica consiste en realizar incisiones verticales en los ángulos próximos de los dientes adyacentes a la superficie radicular expuesta, las mismas que se extienden oblicuamente hasta la mucosa alveolar con el fin de dar movilidad al colgajo. Entonces un colgajo de espesor mixto es levantado para obtener suficiente tejido y lograr la cobertura radicular, se desbridan las fibras del tejido que lo unen al periostio con el fin de darle elasticidad al mismo, y se reposiciona el colgajo de manera que cubra el límite amelocementario, y se lo mantiene en esta posición mediante una sutura suspensoria y simple. Es importante que la sutura no quede tensionada porque puede verse comprometido el recubrimiento radicular esperado. (Aroni, 2013)

Es importante identificar los diversos factores que pueden influenciar los resultados clínicos del colgajo desplazado coronal. El espesor gingival es uno de los factores más

críticos, también están otros factores anatómicos como son: la altura ósea adyacente, tamaño del defecto, dimensión de la papila adyacente, técnica del colgajo y localización del diente. (Corrales, Palacio, & Arango, 2009)

INJERTO GINGIVAL LIBRE DE EPITELIO-CONJUNTIVO



Fuente: (Injante, Tuesta, Estrada, & Liñán, 2012)

El procedimiento descrito por Bjorn en 1963 y sistematizado por Sullivan y Atkins en 1968, que esta técnica de injerto libre consiste en el reemplazo o aumento de la mucosa queratinizada, con tejido epitalizado o encía queratinizada verdadera, que normalmente se obtiene del paladar duro. (López & Wong, 2011)

Los pasos quirúrgicos para el recubrimiento con injerto gingival libre son los siguientes:

- **Preparación del lecho receptor:** un colgajo en sentido apical de unos 5mm más allá de la dehiscencia ósea, y en sentido lateral alcanza un diente más de cada lado de la zona a tratar. Se realiza una incisión horizontal, con el instrumento de corte orientado perpendicularmente a la base de las papilas a nivel de la línea amelocementaria. De las dos incisiones horizontales, parten dos verticales paralelas entre sí que se dirigen hacia la porción apical del lecho ya preparado. Se disecciona la encía para obtener un lecho perióstico firme e inmóvil. (Vicario, Pascual, Vives, & Santos, 2006)
- **Preparación de la superficie radicular:** en este paso se pretende eliminar todo el cemento necrótico y el cálculo, mediante el uso de curetas e incluso fresas de ser necesario. El acondicionamiento radicular también puede hacerse mediante agentes químicos como ácido cítrico o clorhidrato de tetraciclina. Según Miller el uso del ácido cítrico ayuda eliminando del barrillo dentinario y facilitando la formación de nueva

inserción del tejido fibroso por exposición de las fibras colágenas de la dentina. (Vicario, Pascual, Vives, & Santos, 2006)

- **Obtención del tejido donante:** se deben evaluar el grosor de la fribromucosa palatina o la altura de la bóveda palatina. Se aconseja evitar zonas cercanas al segundo molar, porque la posibilidad de lesionar la arteria palatina es mayor. Según Sulliva y Atkins lo importante es obtener el tejido donante de la manera menos traumática, y sin lesionar vasos que puedan comprometer la vascularización. Las incisiones deben ser en ángulo recto y no biselado, con un espesor uniforme. Para evitar molestias durante la cicatrización de la zona donante, se recomienda la utilización de una férula acrílica para proteger la herida quirúrgica. (Vicario, Pascual, Vives, & Santos, 2006)



Fuente: (Vicario, Pascual, Vives, & Santos,

- **Sutura:** se fija el tejido donante al lecho receptor. Se utiliza hilo 4.0 ó 5.0 reabsorbibles o no. La fijación se realiza con puntos simples de sutura que unan el borde coronal del injerto con la base de las papilas, y se realizan suturas en cruz con el fin de que compriman el lecho donante sobre las raíces del lecho receptor. (Vicario, Pascual, Vives, & Santos, 2006)

MATRIZ DÉRMICA ACELULAR



Fuente: (Vicario, Pascual, Vives, & Santos, 2006)

A partir de 1994 se introdujo el uso de esta técnica en el campo de la cirugía mucogingival, y aún más recientemente en la regeneración ósea guiada. (Vicario, Pascual, Vives, & Santos, 2006)

Este biomaterial se obtiene de personas donantes, previamente sometidas a estudios y pruebas para descartar cualquier tipo de enfermedad, y posteriormente sometida a un tratamiento antiséptico para evitar cualquier tipo de infección a través del tejido donado. (Carvajal & Bilbao, 2013)

Es un tejido humano químicamente tratado con solución buffer salina, con el fin de eliminar el mecanismo celuloso de la piel y la dermis, resultando de esta manera solamente el tejido conectivo, aquel que funcionará a manera de matriz dérmica bioactiva, luego pasará a ser revascularizada y colonizada por las células del sitio receptor. (Corrales, Palacio, & Arango, 2009)

La MDA está compuesta por un plexo microvascular, una membrana basal con fibras de elastina y de colágeno tipo IV y VII, que serán las encargadas de la unión dermis con epidermis. Otros elementos existentes en la MDA son los proteoglicanos que proveen reserva de factores de crecimiento y además se las relaciona con la angiogénesis. (Carvajal & Bilbao, 2013)

El uso de la MDA está indicada en varios procedimientos: aumento de grosor de la encía queratinizada, recubrimiento radicular, aumento del grosor gingival en áreas desdentadas, o eliminación de pigmentaciones. (Vicario, Pascual, Vives, & Santos, 2006)

Los pasos de esta técnica, se dan de la siguiente manera:

- Se empieza por hidratar el injerto con baños de solución salina estéril cada 10 minutos.
- Se realiza un colgajo de espesor parcial o total. Hay que procurar promover la revascularización del injerto.
- Se posiciona el injerto en la zona de recesión, la forma de colocarlo es la superficie que corresponde a la zona basal hacia el colgajo, y la cara del tejido conectivo hacia el lecho receptor, aunque la literatura no demuestra diferencias en este punto.
- El injerto es fijado mediante puntos de sutura, y posteriormente recubierto totalmente por el colgajo.
- El uso de cemento quirúrgico puede ser una excelente opción para proteger el injerto. (Vicario, Pascual, Vives, & Santos, 2006)

Una vez colocada la matriz en el sitio receptor, la sangre del paciente, infiltra el injerto a través de los canales vasculares, con el fin de llevar células del huésped a adherirse a las proteínas de la matriz. Una semana después de la implantación, se da una revascularización significativa y la matriz se remodela para convertirse en el propio tejido del paciente. (Navarro & Zerón, 2011)

Una de las ventajas de esta técnica es que no necesita una segunda área quirúrgica, disminuyendo así las complicaciones post operatorias. (Navarro & Zerón, 2011)

Su creciente adaptación en el campo de la cirugía periodontal, se debe a sus ventajas, como: buena estabilidad y adaptación a los tejidos, reducción del dolor post operatorio y la posibilidad de lograr recubrimientos múltiples. (Carvajal & Bilbao, 2013)

FACTORES QUE INFLUENCIAN EL RESULTADO DEL RECUBRIMIENTO RADICULAR

El examen clínico completo y adecuado, junto con la identificación de las características anatómicas locales son importantes a la hora de llevar a cabo la planificación del tratamiento. (Sallum, Cicarelli, Querido, & Neto, 2014)

Existen factores clínicos/diagnósticos y factores técnicos/quirúrgicos. (Vignolleti, Lorenzo, Oteo, Rodrigo, & Morante, 2012)

Entre los factores clínicos tenemos:

- Rotaciones dentarias.
- Extrusiones dentarias.
- Extrusiones asociadas a la abrasión.
- Desarmonía en las papilas adyacentes al diente a tratar.

(Vignolleti, Lorenzo, Oteo, Rodrigo, & Morante, 2012)

Entre los factores técnicos/quirúrgicos están:

- Grosor del colgajo.
- Pasividad del colgajo.
- Posición coronal del colgajo.
- Microcirugía.

(Vignolleti, Lorenzo, Oteo, Rodrigo, & Morante, 2012)

Altura de los tejidos interproximales

Según Miller, en su clasificación las clases I y II no tienen pérdida de tejido óseo y blando en el área interproximal, por tanto es posible un 100% de recubrimiento de la exposición radicular. Cuando si existe esta pérdida de tejido, que sería en las clases III y IV, se espera poco o ningún recubrimiento radicular. (Sallum, Cicarelli, Querido, & Neto, 2014)

Identificación adecuada de la unión cemento esmalte

Esta identificación permite la precisa delimitación de la región radicular que debe ser recubierta. La pérdida de tejido en esta zona, trae como resultado lesiones no cariosas de los tercios cervicales, las mismas que generan la pérdida de la unión cemento esmalte, y una nueva línea se forma en el esmalte coronalmente a la zona original de ubicación de la UCE, que con frecuencia es confundida. (Sallum, Cicarelli, Querido, & Neto, 2014)

Espesor del tejido gingival

Sobre todo en la técnica de colgajo desplazado coronal es importante el espesor del tejido gingival, lo mínimo para tener un recubrimiento parcial, es 0,8mm, esperando un recubrimiento completo si tiene mayor espesor. (Sallum, Cicarelli, Querido, & Neto, 2014)

Fumar

Los pacientes fumadores tienen resultados peores en cuanto a recubrimientos, comparados con pacientes no fumadores. (Sallum, Cicarelli, Querido, & Neto, 2014)

Factores controlados por el operador

Las acciones del operador juegan también un papel importante en el pronóstico de los tratamientos de recubrimiento radicular, por ejemplo una sutura tensionada tendrá menor grado de recubrimiento radicular, a una sutura sin tensión. Los colgajos suturados a 2mm más allá de la UCE están mayormente asociados con un recubrimiento total. (Sallum, Cicarelli, Querido, & Neto, 2014)

Posición del diente

El mal posicionamiento de las piezas dentarias, como la vestibularización, giroversión y extrusión, pueden impedir también el recubrimiento radicular, debido a que dejan la UCE en una posición excesivamente incisal. (Sallum, Cicarelli, Querido, & Neto, 2014)

El éxito terapéutico debe satisfacer los siguientes criterios:

- El tejido formado debe estar firmemente adherido al diente.
- Debe haber un adecuado porcentaje de tejido queratinizado.
- Semejanza en el color de los tejidos.
- No debe haber sensibilidad ni presentar sangrado al sondaje.

(López A. G., 2011-2012)

2. Objetivo

Realizar la respectiva historia clínica del paciente y poder establecer la técnica de cirugía mucogingival adecuada para lograr un recubrimiento radicular de la pieza 14.

3. Desarrollo del caso

3.1. Historia Clínica

3.1.1. Identificación del paciente

Nombres: Rita Margot

Apellidos: Estevez Álvarez

Sexo: Femenino

Edad: 47

Fecha de nacimiento: 3 de Noviembre de 1968

Cédula de Identidad: 1202772347

Domicilio: Cdla Geranios 2 MZ. 3014 V. 15

Teléfono: 2167552 – 0989480266

Ocupación: Ama de casa

3.1.2. Motivo de Consulta

La paciente manifestó “tengo expuestos los cuellos de los dientes”.

Evidentemente se comprobó que la paciente presenta recesiones gingivales en las piezas 14, 24, 34, 35 y 45.

3.1.3. Anamnesis

Antecedentes personales: hepatitis en la infancia.

Antecedentes familiares: madre hipertensa.

Enfermedades actuales: ninguna.

Signos vitales:

-Presión arterial: 120/85 mmHg

-Frecuencia Cardíaca: 78 lpm

-Temperatura: 37°

-Frecuencia respiratoria: 23 rpm

Medicación: no está tomando ninguna medicación actualmente.

Anestesia: no ha tenido ningún tipo de problema con la anestesia en procedimientos anteriores.

3.2. Odontograma

Presencia de las piezas 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 41, 42, 43, 44, 45, 48.

Presencia de caries por mesial del 28, el mismo que presenta microdoncia.

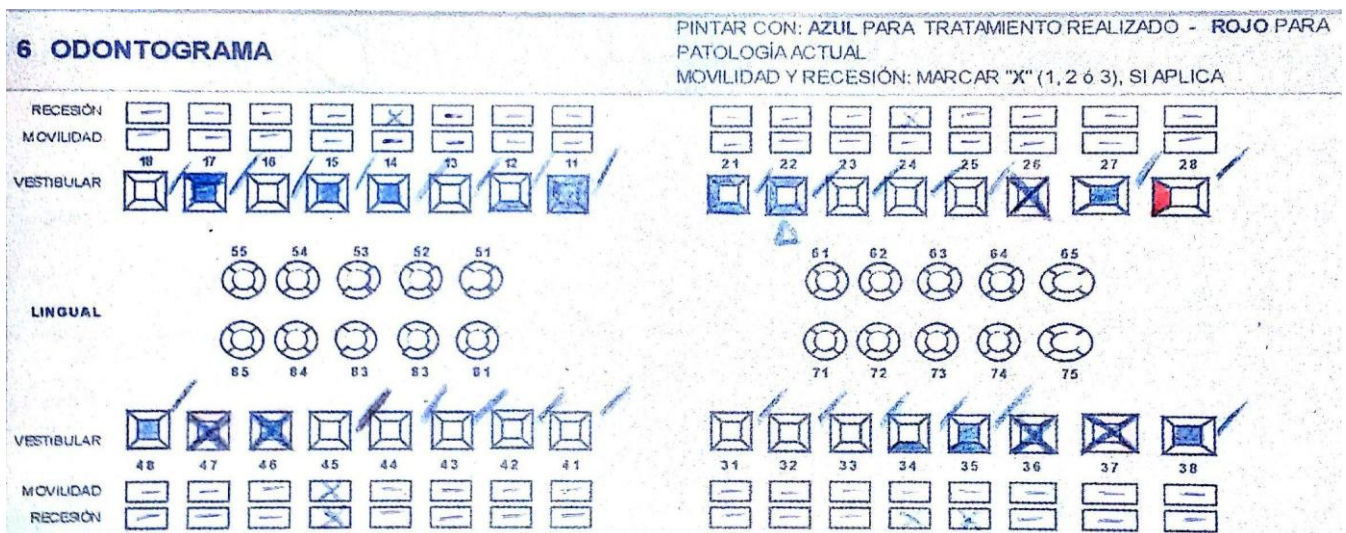
Presencia de obturaciones en las piezas 11, 12, 14, 15, 17, 21, 22, 27, 34, 35, 38, 48.

Presenta movilidad grado II de la pieza 45.

Presencia de recesión gingival clase I en las piezas 14, 24, 34, 35, y recesión clase III en la pieza 45.

Endodoncia en la pieza 22.

Foto 1. Odontograma



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

Foto 2. Periodontograma

MVD

VESTIBULAR	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
Supuración																
Sangramiento																
Movilidad																
Furca V																
Posición Encía	000	000	-1-4	100	-1-10	0-11	000	000	000	000	000	0-10	000		000	000
Prof. Surco	000	-1-10	-2-10	-3-11	-20-1	-1-11	-2-17	-10-2	-20-1	-2-11	1-11	-1-1-2	-20-2		-1-1-1	-1-1-1
Nivel Inserción	000	-1-10	-3-510	-2-1-1	-3-1-1	-4-2-2	-2-1-2	10-2	-20-1	-2-1-1	-1-1-1	-1-7-2	20-2		-1-1-1	-1-1-1

VESTIBULAR	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
Supuración																
Sangramiento																
Movilidad																
Furca V																
Posición Encía	000			0-3-3	000	000	000	000	000	000	000	0-10	0-10			000
Prof. Surco	-1-1-1			-3-1-3	-2-1-1	-2-1-2	-2-1-1	-1-1-2	-1-1-2	-1-1-7	-2-1-2	-2-1-3	-2-2-2			-2-1-1
Nivel Inserción	-1-1-1			-3-40	-2-1-1	-2-1-2	-2-1-1	-1-1-2	-1-1-2	-1-1-7	-2-1-2	-2-2-3	-2-3-2			-2-1-1

DVM

PA LATINO	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
Supuración																	
Sangramiento																	
Movilidad																	
Furca D																	
Furca M																	
Posición Encía	000	000	000	100	000	000	000	000	000	000	000	000	000	-10-1		-20-1	000
Prof. Surco	-1-1-1	-6-20	-40-5	-3-2-2	-5-1-1	-1-1-3	-2-2-2	-1-1-2	-2-2-2	-2-1-2	-2-2-1	-1-1-1	-3-1-2		-1-1-2	-1-1-1	
Nivel Inserción	-1-1-1	-6-20	-40-5	-2-2-2	-5-1-1	-1-1-3	-2-2-2	-1-1-2	-2-2-2	-2-1-2	-2-2-1	-1-1-1	-1-1-3		-3-1-3	-1-1-1	

INGUAL	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
Supuración																
Sangramiento																
Movilidad																
Furca L																
Posición Encía	000			-1-1-4	100	000	-1-11	0-11	-1-2-1	00-1	000	000	000			000
Prof. Surco	-2-1-3			-4-3-3	-3-1-1	-2-1-2	-1-1-1	-1-1-1	-1-1-3	-1-1-4	-1-1-2	-3-3-2	-3-5-1			-3-3-3
Nivel Inserción	-2-1-3			-5-4-7	-4-1-1	-2-1-2	-2-2-2	-1-2-2	-2-3-4	-1-1-5	-1-1-2	-3-3-2	-3-5-1			-3-3-3

Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

3.3. Imágenes de Rx, Fotos intraorales, Extraorales

Foto 3. Radiografía panorámica



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

Dx. Radiográfico: dentición permanente.

Maxilar superior: ausencia de las piezas dentales 26, sombras radiopacas en zonas coronarias compatibles con material de obturación, sombra radiopaca en la pieza 22 compatible con una endodoncia.

Presencia de terceros molares microdónticos, el 28 con una caries por mesial.

Existe una evidente atrofia ósea relacionada con enfermedad periodontal.

Maxilar inferior: ausencia de las piezas dentales 36, 37, 46, 47, sombras radiopacas en zonas coronarias compatibles con material de obturación.

Presencia de terceros molares en posición mesioangular.

Existe una evidente atrofia ósea relacionada con enfermedad periodontal.

Fotos Intraorales

Foto 4. Arcada Superior



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

Maxilar superior, arcada dentaria de forma redonda, dentición permanente, presencia de casi todas las piezas dentarias de esta arcada, ausencia de la 26, restauración metálica en la pieza 17, restauraciones de resinas en las piezas 11, 12, 14, 15, 21, 22, 27. Terceros molares microdónticos, de los cuales, el 18 presenta una caries en su cara mesial. Tejidos blandos normales.

Foto 5. Arcada inferior



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

Maxilar inferior, arcada de forma parabólica, la ausencia de las piezas 36, 37, 46, 47, restauraciones de resinas en caras oclusales de las piezas 38 y 48.

Foto 6. Arcadas en oclusión



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

Dientes en oclusión, línea media centrada, mordida normal, encía color rosa pálido.

Foto 7. Imagen lateral derecha



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

Relación canina derecha clase I, no hay clase molar por la pérdida de los mismos.

Foto 8. Imagen lateral izquierda



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

Relación canina izquierda clase I, no hay clase molar por la pérdida de los mismos.

Fotos Extraorales

Foto 9. Imagen frontal



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

En esta foto se observa simetría facial, tercios faciales normales, dimensión vertical normal, contacto labial normal, labios delgados.

Foto 10. Imagen lateral



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

Perfil facial convexo.

3.4. Diagnóstico

- a) Edentulismo parcial
- b) Caries en la pieza 28
- c) Restauraciones defectuosas en las piezas 11, 12, 17, 21, 22.
- d) Tratamiento endodóntico defectuoso en la pieza 22.
- e) Retracciones gingivales clase I en las piezas 14, 24, 34, 35, y recesión clase III en la pieza 45.
- f) Movilidad grado II de la pieza 35.
- g) Enfermedad periodontal
- h) Placa bacteriana
- i) Atrofia ósea

4. Pronóstico

La paciente presenta pronóstico favorable. La salud oral en general no es mala, no presenta un alto índice de placa, el factor más desfavorable es la enfermedad periodontal, ya que si no sigue un tratamiento periódico, la pérdida de tejido ósea será mayor y más rápida.

5. Planes de tratamiento

Entre los planes de tratamiento para la recesión gingival tenemos: colgajo posicionado coronalmente, injerto de tejido epitelial conjuntivo, injerto de matriz dérmica acelular.

Injerto de tejido epitelial conjuntivo: es una técnica que busca el aumento de la mucosa queratinizada mediante un injerto de tejido conjuntivo que generalmente se extrae del paladar, el mismo que es colocado y fijado en el lugar de la recesión mediante sutura.

Injerto de matriz dérmica acelular: es otra opción de injerto que existe para realizar un recubrimiento radicular, es un biomaterial obtenido de tejido humano, que se procesa químicamente con el fin de prepararlo para que actúe como matriz dérmica bioactiva, que será revascularizada y repoblada por las células del sitio receptor.

Y finalmente la técnica de colgajo reposicionado coronalmente, que es la técnica elegida para este caso clínico, ya que en diversos estudios se ha comprobado su efectividad en recesiones clase I, consiste en lograr el estiramiento del tejido gingival mediante la realización de un colgajo que como su nombre lo indica será desplazado coronalmente con el fin de cubrir la recesión gingival presente, este colgajo será posteriormente fijado con puntos simples de sutura que no deben ser tensionados.

5.1. Tratamiento

Foto 11. Material e instrumental para profilaxis



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

En esta foto se observa todo el instrumental y material necesario para la realización de la profilaxis previa a la cirugía:

- Micromotor de baja velocidad
- Líquido revelador de placa bacteriana
- Pasta profiláctica
- Abrebocas
- Gasas
- Vaso dapen
- Cepillo profiláctico
- Curetas
- Sonda periodontal
- Explorador
- Espejo
- Pinza algodонера

Foto 12. Líquido revelador de placa



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

Utilizamos el líquido revelador de placa bacteriana, el mismo que en su composición tiene un colorante de eritrosina o fluoresceína sódica, capaz de teñir el biofilm producido por las bacterias que se alimentan de los restos alimenticios que quedan en las superficies dentales. En esta foto claramente observamos teñidas las caras de los dientes que tienen placa bacteriana, por lo tanto es fácil su completa eliminación. Este paso es importante para poder realizar el índice de placa del paciente.

Foto 13. Profilaxis



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

En esta foto se observa la realización de la profilaxis, que consiste en la eliminación de sarro, placa bacteriana y manchas presentes en las superficies dentarias, utilizando un cepillo profiláctico en el micromotor de baja velocidad, y con la ayuda de la pasta profiláctica que es un agente de abrasión mínima, que en su composición tiene como base piedra pómez, con ingredientes añadidos que pueden incluir flúor, saborizantes, colorantes y demás para facilitar la limpieza dental.

Foto 14. Profilaxis terminada



Fuente: Registro de la Investigación

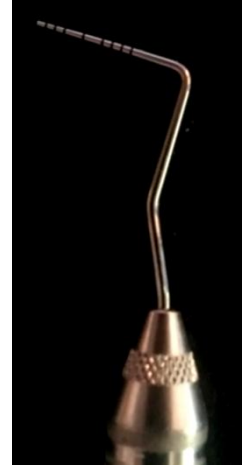
Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

En esta foto observamos las superficies dentales libres de manchas y de placa bacteriana, podemos considerar que el campo de trabajo está limpio.

Foto 15. Sondaje



Foto 16. Sonda Williams



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

Se realiza el sondaje de las superficies vestibulares y palatinas o linguales de todas las piezas dentales presentes en las arcadas, para esto utilizamos la sonda periodontal de Williams, la misma que se observa en la foto 16, ésta se encuentra enumerada de la siguiente manera: 1-2-3-5-7-8-9-10, con la sonda vamos a medir la posición de la encía, la misma que va desde el margen gingival hasta el límite amelocementario, y la profundidad del surco que va desde el margen gingival hasta el fondo de la bolsa periodontal, estas medidas son necesarias para poder conocer el nivel de pérdida de inserción que tiene la paciente.

Foto 17. Instrumental y material para la cirugía



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

En esta foto se observa todo el instrumental y material necesario para la realización de la cirugía:

- Jeringa descartable
- Pinza porta aguja
- Mango de bisturí N° 3
- Tijera iris recta
- Tijera para hilo de sutura
- Jeringa carpule
- Sindesmótomo
- Sonda periodontal
- Curetas
- Explorador
- Pinza algodонера
- Espejo bucal
- Hoja de bisturí N° 15
- Hilo Nylon 4.0
- Pinza de Adson sin dientes
- Lidocaína al 2%
- Aguja corta
- Vaso dapen
- Anestésico tópico
- Cápsula de tetraciclina
- Abrebocas
- Povidyne
- Suero fisiológico
- Gasas

Foto 18. Asepsia



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

En esta foto se aprecia el momento en que se realiza la antisepsia intraoral con gasas embebidas en yodo povidyne que es un germicida de amplio espectro, eficaz contra bacterias, virus, hongos, protozoarios, para crear un campo quirúrgico libre de cualquier agente infeccioso. Esta solución no es un irritante, por lo tanto se lo puede emplear sin ningún problema.

Foto 19. Presentación del caso



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

En esta foto se observa que utilizando la sonda periodontal de Williams medimos la posición de la encía de la pieza 14, la misma que resulta tener en la superficie vestibular: -1mm por mesial, -1mm por vestibular, y 0mm por distal; en la superficie palatina al posición de la encía es 0mm por mesial, palatino y distal. En cuanto a la profundidad del surco. Siendo esta una recesión clase I según la clasificación de Miller, ya que no alcanza la línea mucogingival ni se observa destrucción de tejido blando interdental.

Foto 20. Anestésico tópico



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

En esta foto se observa la aplicación del anestésico tópico, con ayuda de una gasa, éste se utiliza con el fin de brindarle comodidad y confianza al paciente, disminuyendo el dolor al momento de aplicar el anestésico local, ya que entumece lo que será la zona de punción.

Foto 21. Anestesia local



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

Por tratarse de un paciente sano, se aplica lidocaína al 2% con epinefrina, medicamento perteneciente a la familia de amidas, se la aplica mediante la técnica infiltrativa.

Foto 22. Incisión



Foto 23. Incisión



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

En estas fotos se evidencia la realización de dos incisiones que parten de cada lado del diente a tratar, estas incisiones llegan hasta el límite de la mucosa alveolar, con el fin de darle movilidad al colgajo, no deben invadir las papilas interdientales.

Foto 24. Levantamiento del colgajo



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

Una vez realizadas las incisiones respectivas, se levanta el colgajo con el sindesmótomo y se lo toma con la pinza de Adson, como se observa en la foto, para con el bisturí realizar la desbridación y con esto lograr el estiramiento del tejido gingival.

Foto 25. Verificar que el colgajo cubre la recesión



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

Para saber que el colgajo está bien realizado, debemos tomarlo con la pinza de Adson y desplazarlo hasta que cubra la recesión, sin que el tejido se tense, como se evidencia en la foto. Una vez logrado el objetivo retomamos el siguiente paso.

Foto 26. Raspado radicular



Foto 27. Tetraciclina



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

Con la raíz ya expuesta, se procede a realizar el raspado radicular con la cureta 7/8, la misma que está indicada para superficies vestibulares y palatinas o linguales de dientes posteriores, el raspado se lleva a cabo con el fin de eliminar el cemento necrótico y el sarro acumulado en la superficie radicular. Luego de esto se aplicó una solución de tetraciclina con suero fisiológico durante dos minutos, para lograr el acondicionamiento radicular. Y posteriormente se irriga con solución salina.

Foto 28. Sutura



Fuente: Registro de la Investigación

Autor: Génesis Noemí Mencías Estevez

Finalmente se fija el tejido gingival un poco más allá de la recesión y se procede a realizar la sutura con puntos simples, asegurándose de que no sea una sutura tensionada, porque puede interferir en el recubrimiento.

6. Discusión

La recesión gingival es uno de los problemas más comunes que acompañan la enfermedad periodontal, e incluso puede darse sin presencia de esta, por un sin número de factores como son: edad, técnica de cepillado, hábitos, mal posiciones, etc. Afecta del 88 al 100% de las personas mayores de 65 años, y al 50% de las personas de entre 18 y 64 años de edad. (Rubio, Daza, & Archilla, 2015)

La incidencia a nivel mundial de las recesiones gingivales, varía del 8% en niños y jóvenes hasta el 100% en personas mayores de 50 años. (Msc. Dra. Rosario Cruz Morales, 2008-2010)

Lang y Löe en un estudio determinaron la cantidad mínima de encía queratinizada requerida para considerar la existencia de salud gingival, llegando a la conclusión de que se necesita un mínimo de 2mm para mantener una adecuada salud. Y otros estudios más recientes sostienen que no hay mayor pérdida de tejido gingival en aquellos dientes que tengan menos de 2 mm de encía queratinizada. Lo que sí se da es mayor cantidad de inflamación. (Rubio, Daza, & Archilla, 2015)

El colgajo desplazado coronal es una de las técnicas más utilizadas cuando se habla de tratamiento de recesiones gingivales, no solo por su sencillo protocolo sino también por su alto índice de eficacia, siempre y cuando se hable de recesiones tipo I y II de Miller. Aún así hay que identificar factores que intervienen en el éxito del tratamiento, por ejemplo el más relevante, el espesor gingival inicial. Es más probable que un espesor de más de 1.2 mm alcance un recubrimiento radicular completo, que un espesor de menos de 1.2 mm. (Corrales, Palacio, & Arango, 2009)

En este caso clínico, tratándose de una recesión clase I de Miller, se obtuvo un resultado esperado al mes de la cirugía, logrando un recubrimiento radicular satisfactorio, y la conformidad del paciente.

7. Conclusiones

Las recesiones o retracciones gingivales son muy comunes y se clasifican de acuerdo al nivel de pérdida de tejido gingival en relación a la unión cemento esmalte. La clasificación utilizada actualmente es la de Miller, la misma que se divide en cuatro niveles de recesión gingival.

Actualmente existen numerosas técnicas quirúrgicas mucogingivales para lograr el recubrimiento radicular, para elegir la técnica adecuada para cada paciente es necesario conocer no solo el tipo de recesión sino también los factores por los que se ha presentado la misma.

Uno de las condiciones más importantes a tener en cuenta al momento de elegir la técnica quirúrgica adecuada para el tratamiento de una recesión es identificar el tipo de recesión que presenta el paciente, ya que la literatura afirma que en clases III y IV de Miller es bastante complicado lograr un recubrimiento radicular satisfactorio.

Las recesiones gingivales no solo están asociadas a personas que tengan deficiente higiene bucal, incluso en personas con muy bajo índice de placa se encuentran recesiones gingivales, sobre todo en superficies vestibulares, las mismas que se deben principalmente al cepillado traumático.

El éxito de la cirugía mucogingival depende de la identificación y eliminación del factor que está provocando el problema, pero también es necesaria la educación al paciente, más que nada en técnicas de cepillado, para el mantenimiento de los resultados obtenidos luego de la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

Ariadne Cristiane Cabral Cruz, E. B. (2008). Recubrimiento de las recesiones gingivales con la técnica de injerto conjuntivo subepitelial asociado al deslizamiento coronario del colgajo - relato de caso clínico. *Acta Odontológica Venezolana* , 8.

Aroni, M. T. (2013). Recubrimiento de recesiones gingivales clase I y II de Miller tratados con Matriz Dérmica Acelular (MDA), Injerto de Tejido Conjuntivo Subepitelial (ICS), y Colgajo de Reposición Coronal con Proteínas de Matriz del Esmalte (CRC) + (DME).

Carvajal, A., & Bilbao, M. (2013). Aplicación De Matriz Dérmica Acelular Para Recesiones Gingivales (Amda). *Revista de Actualización Clínica Investiga* .

Castro, R., & Vargas, A. (2012). Tratamiento de recesiones gingivales mediante colgajo desplazado coronal modificado más injerto de tejido conectivo subepitelial. Serie de casos. *Revista Mexicana de Periodontología* , 15-23.

César A. Magalhaes Benfatti, I. G. (2010). Injerto de tejido conjuntivo sub-epitelial para el tratamiento de recesiones gingivales - reporte de caso clínico. *Acta Odontológica Venezolana* , 11.

Corrales, I., Palacio, P., & Arango, R. (2009). Estado actual del manejo de recesiones gingivales mediante cirugía plástica periodontal. *Revista CES Odontología Vol. 22* , 57-66.

Echeverría, J. J., Echeverría, A., & Santamaria, M. (2011). *Periodoncia, Cirugía Periodontal e Implantología*. ERGON.

Eley, B., Soory, M., & Manson, J. (2012). *Periodoncia*. Elsevier.

Fontaine, O., García, A., & Fontaine, M. d. (2015). La cirugía mucogingival en el tratamiento de la recesión periodontal. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta Vol.40* .

Harfin, J. d. (2005). *Tratamiento ortodóntico en el adulto*. Editorial Médica Panamericana.

Injante, P., Tuesta, O., Estrada, M., & Liñán, C. (2012). Recesión gingival y tratamiento de ortodoncia. Reporte de caso interdisciplinario. 31-36.

J, B., & Bedoya. (2010). Determinantes del diagnóstico periodontal. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral vol.3* , 94-99.

Lindhe, J., Lang, N. P., & Karring, T. (2009). *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. Editorial Médica Panamericana.

López, A. G. (2011-2012). TRATAMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES CON MATRIZ DERMICA ACELULAR.

- López, M., & Wong, J. (2011). Cubrimiento radicular. *Revista Estomatol Herediana* , 226-230.
- Medina, A. (2009). Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Avances en Periodoncia* , 35-43.
- Msc. Dra. Rosario Cruz Morales, D. K. (2008-2010). Comportamiento de los trastornos mucogingivales y su tratamiento. *Revista Médica Electrón* , 253-262.
- Navarro, C., & Zerón, A. (2011). Comparación entre la matriz dérmica acelular y el tejido conectivo como materiales de injerto para el recubrimiento de recesiones gingivales. *Revista Mexicana de Periodontología* , 115-123.
- Newman, M. G., Takei, H. H., Klokkevold, P. R., & Carranza, F. A. (2014). *Periodontología clínica de Carranza*. Amolca.
- Reyes, R. A. (2011). Tratamiento de recesiones periodontales mediante colgajo desplazado coronal e injerto de tejido conectivo. Reporte de 2 casos. *Revista Mexicana de Periodontología* , 65-69.
- Rocío, L. N. (2014). CIRUGIA ESTETICA PERIODONTAL. *Revista de Actualización Clínica* , 2546-2550.
- Rubio, A. G., Daza, A. B., & Archilla, A. R. (2015). Recesión gingival. Diagnóstico y Tratamiento. *Avances en Periodoncia* , 19-24.
- Rubio, A. G., Daza, A. L., & Archilla, A. R. (2016). Parámetro clínicos y periodontales predictores de la severidad de la recesión gingival. *Gaceta Médica de México* , 51-58.
- Sallum, A. W., Cicarelli, A. J., Querido, M. R., & Neto, F. V. (2014). *Periodoncia e Implantología. Soluciones estéticas y recursos clínicos*. Amolca.
- Vicario, M., Pascual, A., Vives, T., & Santos, A. (2006). Técnicas de cirugía mucogingival para el cubrimiento radicular . *RCOE* , 61-73.
- Vignolleti, F., Lorenzo, R., Oteo, A., Rodrigo, D., & Morante, S. (2012). Cirugía plástica periodontal: factores críticos para un resultado predecible. *Gaceta Dental* , 138-234.
- Zabalegui, I. (2015). *Periodoncia Clínica II. Hipersensibilidad dentinaria y cirugía mucogingival*. SEPA.

ANEXOS

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMAR FOTOS, VIDEOS,
FILMACIONES O ENTREVISTA.**

Yo Rita Margot Estevez Álvarez, con cédula de identidad N°1202772347, autorizo a los estudiantes para que tomen fotografías, cintas de video, películas y grabaciones de sonido de mi persona o para que me realicen una entrevista y puedan ser copiadas, publicadas ya sea en forma impresa sólo con fines académicos.

Firma.....

Fecha..... 22-02-2016



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLÓGIA
DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO**

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA	
	Rita Margit	Cestero Alvarez	F.	46		
MENOR DE AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS <input checked="" type="checkbox"/>	EMBARAZADA

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

Me Van hacer Periodoncia.

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SINTOMAS, CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.

"Asintomatica"

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y

1 ALERGIA ANTIBIÓTICO	2 ALERGIA ANESTESIA	3 FEMO RRAGIAS	4 VIHUSIDA	5 TUBERCULOSIS	6 ASMA	7 DIABETES	8 HIPERTENSIÓN	9 EPIF CARDIACA	10 OTRO
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

no refiere antecedentes Personales.

4 SIGNOS VITALES

PRENSION ARTERIAL 120/85 mm Hg FRECUENCIA CARDIACA 78/min TEMPERATURA 37°C F. RESPIRAT 23/min

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1 LABIOS	2 MEJILLAS	3 MAXILAR SUPERIOR	4 MAXILAR INFERIOR	5 LENGUA	6 PALADAR	7 PISO	8 CARILOS
-	-	-	-	-	-	-	-
9 GLÁNDULA# SALIVALES	10 CRO FARINGE	11 A T M	12 GANGLIOS				
-	-	-	-				

sin Patologia Apomte.

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS
1	2	3	4				
16	/	17	53	1	0	0	0
11	/	21	51	0	0	0	0
26	/	27	65	1	0	0	0
38	-	37	75	-	-	-	-
31	/	41	71	1	0	0	0
46	-	47	85	-	-	-	-
TOTALES					0.75%	0%	0%

8 INDICES CPO-ces

	C	P	O	TOTAL
D	0	5	10	15
d	0	0	0	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODNTOGRAMA

+	○	□
+	△	□
X	○	○
X	○	○

Imprenta de la Universidad de Guayaquil

SNS-MSP/FCU form.033/2008

ODONTOLÓGIA (1)

FIRMA DEL ESTUDIANTE

FIRMA DEL PROFESOR

Jonathan Paulo G 5/6
al 5/6 del 5/6

PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUÍMICA SANGUÍNEA RAYOS-X OTROS

1. Profilaxia

DIAGNÓSTICO

1. Profilaxia

PRE-PRESUNTIVO CIE PR DE DEF-DEFINITIVO E F

D1120 * 3

4

FECHA DE APERTURA FECHA DE CONTROL PROFESIONISTA FIRMA NÚMERO DE HOJA

TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA	Pericoronaria	Indice Pericoronaroma		CODIGO FIRMA
01/09/2015				
SESIÓN 2 FECHA	Pulso Podiat.	D4243		CODIGO FIRMA
06/09/15				
SESIÓN 3 FECHA	Alto Pericoronar	D4243		CODIGO FIRMA
12/14/15				
SESIÓN 4 FECHA	Enfermedad periodontal Recepción gingival	D1120		CODIGO FIRMA
22/02/16				
SESIÓN 5 FECHA	Recepción gingival	limpieza maso gingival bolgoso desplazado cardinalmente.		CODIGO FIRMA
07/03/16				
SESIÓN 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESIÓN 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESIÓN 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESIÓN 9 FECHA				CODIGO FIRMA



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA.

DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN Y DIAGNÓSTICO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo Rita Margot Estrella Alvarez con C.I. N° 02.77.234-7..... he sido informado (a) del procedimiento de diagnóstico y comprendo la naturaleza del mismo.

Se me han explicado todos los procedimientos recomendados para un tratamiento integral con la finalidad de restituir mi salud bucal.

Comprendo que de ninguna manera el posible tratamiento propuesto constituye promesa o garantía de resultados y se me ha aclarado que puede ser necesario la práctica de otros procedimientos a causa de eventos inesperados.

Comprendo también que de no seguir las indicaciones de cuidado e higiene bucal que se me han sugerido, o el incumplimiento a las citas, minimizaran las posibilidades de un buen resultado.

En virtud de lo anterior, expongo que conozco y acepto lo informado en relación a los tratamientos que me han sido explicados y otorgo autorización para la atención recomendada, bajo los términos establecidos así como la autorización para la realización de procedimientos adicionales o alternativos en la medida en que sea necesarios a criterio del estudiante tratante bajo la supervisión y autorización del tutor académico del área.


Firma responsable.

01 SEP 2015

..... C.I. 02.77.2347 Fecha:

CLÍNICA DE PERIODONCIA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

NOMBRE DEL ALUMNO: GÉNESIS MENCIA ESTEVEZ
NOMBRE DEL DOCENTE: DR. HÉCTOR HIDALGO

ANAMNESIS ESTADÍSTICA

PACIENTE: Rta Margot Estevez Alvarez

RUT:
Fecha de Nacimiento: 03/11/68 Edad: 47 Ocupación: Ama de casa
Sexo: F
Dirección: CERANIO # 17. 304 U. 15
Fono: 2167552
MOTIVO DE LA CONSULTA:

ANAMNESIS GENERAL

Antecedente personal de hepatitis en la infancia.
Antecedente familiar: madre hipertensa

ANAMNESIS ODONTOLÓGICA CLINICA DE PERIODONCIA

Última visita al dentista (fecha y motivo): HACE 7 MESES

Tratamientos periodontales que ha recibido: SI HA RECIBIDO

Mantenimiento periodontal: SI NO

Ha tenido algún problema con la anestesia dental: SI NO DESCRIBIR:

BITOS

de cepillo dental que usa actualmente:

Cerdas duras

ca:

Cepillado horizontal

otros elementos de higiene bucal:

SI

NO

DESCRIBIR:

ABUSO:

cantidad de cigarrillos al día:

0

< 5

< 10

> 10

cantidad de años que lleva fumando:

hábitos:

Bruxismo

Interposición lingual

Consumo de cítricos

Onicofagia

Alcohol

Interposición objetos

Respirador bucal

PRECEDENTES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

Presencia: SI NO

Tratamiento: SI NO

Gravedad dentaria: SI NO

Tratamiento: SI NO

PRECEDENTES FAMILIARES:

EXAMEN EXTRABUCAL

Reflexos palpables: Normales

Reflexos de cabeza y cuello: Normales

ATM normal

EXAMEN INTRABUCAL

CLINICA DE PERIODONCIA

TEJIDOS BLANDOS

Labios-Comisuras: Normal
Mucosa de mejillas: Normal
Vestíbulos: Normal
Paladar: Normal
Piso de boca: Normal
Lengua: Normal
Región Faringe-amigdalina: Normal
Otras:

FACTORES LOCALES PREDISPONENTES

Caries: Sí
Cálculo: No
Malposiciones: No
Odontología restauradora defectuosa: Sí

USO DE PRÓTESIS DENTALES: No

ANOMALÍAS DENTOMAXILARES: No

EXAMEN PERIODONTAL**CARACTERÍSTICAS DE LA ENCÍA (Describir)**

Color: Rosa pálido
Forma: Festoneada
Posición: Sobre límite amelocementario y en otras zonas sobre cemento.
Consistencia: Firme
Superficie: Opaca
Tamaño: Conservado

ALTERACIONES MUCOGINGIVALES (Nombrar):

Atrofia ósea horizontal
Recesiones gingivales

S1	S2	S3
S4	S5	S6

SEXTANT SCORE

PERIODONTAL SCREENING & RECORDING

DIA		MES		AÑO	

INDICE DE PLACA (O'LEARY)

CLINICA DE PERIODONCIA

Indice Inicial												%		Fecha: / /			
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8		
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8		

Cantidad de superficies teñidas X 100
 Cantidad de superficies examinadas

$$\frac{23 \times 100}{27 \times 4} = \frac{2300}{108} = 21\%$$

INDICE GINGIVAL (LÖE Y SILNESS)

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0
0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0
Indice Sextante 1:					Indice Sextante 2:					Indice Sextante 3:					
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0
0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0
0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0
Indice Sextante 4:					Indice Sextante 5:					Indice Sextante 6:					
Indice Boca Inicial												Fecha: / /			

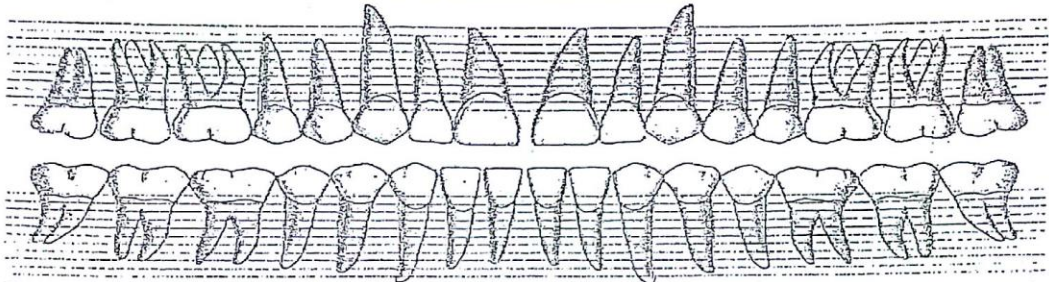
- = Encía normal
- = Inflamación leve, ligero cambio de color, edema leve, sin hemorragia a la palpación.
- = Inflamación moderada, color rojo; edema y aspecto brillante; hemorragia a la palpación
- = Inflamación severa, marcado color rojo y edema; ulceraciones; tendencia a la hemorragia espontanea.

IENTE: Rita Marcot Estevez Alvarez

FECHA: 24/02/16

MVD

VESTIBULAR	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
Supuración																
Sangramiento																
Movilidad																
Furca V																
Posición Encía	000	000	-1-4	100	-1-0	0-1	000	000	000	000	000	0-10	000		000	000
Prof. Surco	000	-1-0	-1-6	-3-1	-2-0	-1-1	-2-7	-1-0	-2-0	-2-1	-1-1	-1-2	-2-2		-1-1	-1-1
Nivel Inserción	000	-1-0	-3-5	-1-1	-3-1	-4-2	-2-1	-1-0	-2-0	-2-1	-1-1	-1-2	-2-2		-1-1	-1-1

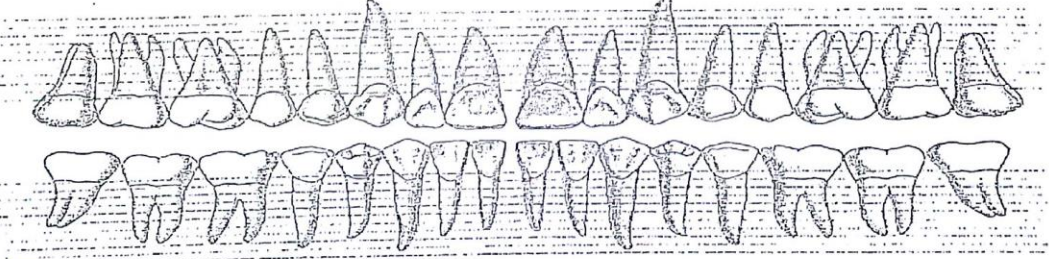


MVD

VESTIBULAR	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
Supuración																
Sangramiento																
Movilidad																
Furca V																
Posición Encía	000			0-3	000	000	000	000	000	000	000	0-10	0-10			000
Prof. Surco	-1-1			-3-3	-2-1	-2-2	-2-1	-1-2	-1-2	-1-7	-2-7	-2-3	-2-2			-2-1
Nivel Inserción	-1-1			-3-6	-2-1	-2-2	-2-1	-1-2	-1-2	-1-7	-2-2	-2-3	-2-3			-2-1

DVM

PALATINO	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
Supuración																
Sangramiento																
Movilidad																
Furca D																
Furca M																
Posición Encía	000	000	000	100	000	000	000	000	000	000	000	000	-1-1		-2-0	000
Prof. Surco	-1-1	-6-2	-4-0	-3-2	-5-1	-1-3	-2-2	-1-2	-2-2	-2-2	-2-2	-1-1	-3-2		-1-2	-1-1
Nivel Inserción	-1-1	-6-2	-4-0	-3-2	-5-1	-1-3	-2-2	-1-2	-2-2	-2-2	-2-2	-1-1	-3-2		-3-2	-1-1



DVM

INGUAL	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
Supuración																
Sangramiento																
Movilidad																
Furca L																
Posición Encía	000			-1-4	100	000	-1-1	0-1	-1-2	00-1	000	000	000			000
Prof. Surco	-2-3			-4-3	-3-1	-2-2	-1-1	-1-1	-1-3	-1-1	-1-2	-3-2	-3-1			-3-3
Nivel Inserción	-2-3			-5-4	-4-1	-2-2	-2-2	-1-2	-2-3	-1-2	-1-2	-3-2	-3-1			-3-3

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

CLINICA DE PERIODONCIA

Radiografía panorámica

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO:

Periodontitis crónica severa generalizada

FUNDAMENTOS DEL DIAGNÓSTICO:

- Presencia de placa bacteriana
- Presencia de bolsa periodontal
- Sonido durante el sondaje
- Retracción del margen gingival (clase I en pieza 14, 24, 34, 35 / clase III en pieza 45)
- Pérdida de hueso alveolar
- Exposición de furca radicular
- Pérdida ósea horizontal
- Generalizada porque afecta más del 30% de los dientes.
- Severa porque tiene pérdida de inserción de más de 5mm.

PRONÓSTICO

1).- PRONÓSTICO DIAGNÓSTICO:

SIN RIESGO

BAJO RIESGO

RIESGO

ALTO RIESGO

FUNDAMENTOS:

Edentulismo parcial
Enfermedad periodontal

2).- PRONÓSTICO TERAPÉUTICO:

BUENO

MODERADO

RESERVADO

MALO

FUNDAMENTOS:

- Paciente colaboradora
- Edentulismo parcial

3).- PRONÓSTICO PROTÉSICO:

FASE SISTÉMICA:

Paciente sano

FASE ETIOLÓGICA:

Motivación: Realizarse limpiezas dentales cada 6 meses.

Elementos de higiene oral indicados:

Cepillo de cerdas suaves, seda dental y colutorios.

Téc. de higiene oral indicada:

Técnica de Bass

Tratamiento:

- Índice de placa
- Periodontograma
- Profilaxis
- Destartraje sub y supra gingival
- Pulido y alisado radicular
- Educar al paciente sobre el control de placa.
- Cirugía mucogingival con técnica de colgado desplazado coronal en la pieza #.

FASE DE REHABILITACIÓN ORAL:

- Fase de tratamiento periodontal
- Fase de cirugía mucogingival

FASE DE MANTENCIÓN:

Reevaluación cada 6 meses.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Hospital Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña
Resultados del Servicio de Laboratorio Clínico

Turno: 7040601
Paciente: ESTEVEZ ALVAREZ RITA MARGOT
Edad: 47 años
Observacion:

Médico: TORRES AURI
Fecha: 07-abr-2016 7:30
Fecha Entrega: 07-abr-2016 16:28

Area: COAGULACION

TEST		RESULTADO		RANGO DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTOMBINA (TP)	13.5*	seg	14*	
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP)	27.1*	seg	40*0	

Area: HEMATOLOGIA

TEST		RESULTADO		RANGO DE REFERENCIA
GLOBULOS BLANCOS	10.2	K/uL	4 - 12	
NEUTROFILOS %	62.8	%	32 - 74	
LINFOCITOS %	29.3	%	14 - 66	
MONOCITOS %	5.4	%	3 - 12	
EOSINOFILOS %	2.1	%	0 - 5	
BASOFILOS %	0.4	%	0 - 0.9	
NEUTROFILOS	6.38	10 ³ /uL	2.1 - 7.9	
LINFOCITOS	2.98	10 ³ /mm ³	1.3 - 4.6	
MONOCITOS	0.55	K/uL	0.3 - 1.2	
EOSINOFILOS	0.21	K/uL	0 - 1	
BASOFILOS	0.04	K/uL	0 - 1.2	
RECUESTO DE GLOBULOS ROJOS	4.47	M/uL	4.1 - 5	
HEMOGLOBINA	14.5	g/dl	12 - 16	
HEMATOCRITO	41.0	%	34 - 43	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	91	--	75 - 89	
HB CORPUSCULAR MEDIA	32.3	pg	24 - 28	
CONCENT. HB CORPUSCULAR MEDIA	35.5	g/dl	32 - 34.8	
ANCHO DISTRIBUCION G.R. C.V. %	12.1	%	12 - 15	
PLAQUETAS	286	K/uL	130 - 450	
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	9.5	fL	9 - 11	

Area: INMUNOLOGIA

TEST	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
HIV 1/2 (ABON)	NO REACTIVO	NO REACTIVO - REACTIVO
INMUNOCROMATOGRAFIA ALERE		Detección cualitativa de anticuerpos frente al VIH-1, el VIH 2 y el subtipo O como ayuda para el diagnóstico de la infección por el VIH. Resultados Reactivos deben ser confirmados por Western Blot u otro método referencial. resultados No Reactivos no descartan la posibilidad de exposición al VIH ò infección con el VIH



Pax-I

R