



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**AUTOINJERTO GINGIVAL LIBRE COMO TRATAMIENTO DE  
RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA  
NATURAL VALENCIA EN EL PERÍODO MAYO-SEPTIEMBRE 2017.**

**Autores:**

**Balza Daniela**

**Cabrera Julián**

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego

Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA.**

**AUTOINJERTO GINGIVAL LIBRE COMO TRATAMIENTO DE  
RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA  
CLÍNICA NATURAL VALENCIA EN EL PERÍODO MAYO-  
SEPTIEMBRE 2017.**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de odontólogo.

**Tutor:**

**Od. Rodrigo Pino**

**Autores:**

**Balza Daniela**

**Cabrera Julián**

**San diego, noviembre de 2017**



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  
CARRERA ODONTOLOGÍA

**AUTOINJERTO GINGIVAL LIBRE COMO TRATAMIENTO DE  
RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA  
NATURAL VALENCIA EN EL PERÍODO MAYO-SEPTIEMBRE 2017.**

**ESTUDIANTES**

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. 24.227.961

Daniela Alejandra BalzaGerardino

2. 26.019. 042

Julián Alberto Cabrera Herrera

Tutor Propuesto: Dr. Rodrigo Pino.

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N° 17.399.344

**COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

Firma



19/30/17  
Fecha

III

III



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**PLANILLA SOLICITUD**

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Balza Gerardino	Daniela Alejandra	24.227.961
<b>Dirección:</b> Urbanización el Tulipán. Parcela 25. Torre G. apto g-41. San Diego		<b>Teléfono:</b> 0424-8116607
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontología	Índice Académico	16.25
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Balza Gerardino Daniela Alejandra	Teléfono: 04248116607
<b>Título Del Trabajo:</b> Autoinjerto gingival libre en el tratamiento de recesiones gingivales en pacientes que acuden a la Clínica Natural Valencia en el período mayo-septiembre 2017.		
<b>Breve Explicación:</b> Trabajo realizado en la clínica natural Valencia en el periodo mayo- septiembre, en el cual se trataron quirúrgicamente 10 pacientes con recesiones gingivales clase I, II y III de Miller. Para comprobar su funcionalidad, cicatrización, biocompatibilidad y características clínicas, con controles a los 7 y 21 días		
<b>Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto:</b> Clínica Natural Valencia.		
<b>Tiempo De Desarrollo:</b> mayo- septiembre de 2017.		
<b>Tutor Académico Propuesto:</b> Od. Rodrigo Pino		

APROBADO: ✓ NO APROBADO: \_\_\_\_\_

**COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE**

	GRADO	
<u>Heylín Ollarves</u>	<u>[Firma]</u>	<u>19/10/17</u>
NOMBRE	FIRMA	FECHA
<u>Rodrigo Pino</u>	<u>[Firma]</u>	<u>2/11/17</u>
NOMBRE	FIRMA	FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, **Rodrigo Pino** portador de la cédula de identidad N° , en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por los ciudadanos **Balza Daniela y Cabrera Julián**, portadores de la cédula de identidad N° 24.227.961 y 26.019.042, titulado **Autoinjerto gingival libre como tratamiento de recesión gingival en pacientes que acuden a la Clínica Natural Valencia en el periodo Mayo-Septiembre 2017**, presentado como requisito parcial para optar al título de **odontólogo**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 27 días del mes de marzo del año 2017



Rodrigo Pino

N° de la Cédula de Identidad

17390394




UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
 COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA


ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

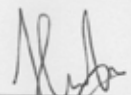
El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "Autoinjerto gingival libre como tratamiento de recesión gingival en pacientes que acuden a la clínica natural valencia en el periodo mayo septiembre 2017", realizado por Daniela Alejandra Balza Gerardino C.I. 24.227.961. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: \_\_\_\_\_ (20) PUNTOS.

  
 Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: *Roberto...*  
 C.I.: 17399341

  
 Jurado  
 Nombre: *Yanis...*  
 C.I.: 4008496

  
 Jurado  
 Nombre: *Hector A. Leguina M.*  
 C.I.: 20870870

Fecha: 06-11-17







UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
 COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

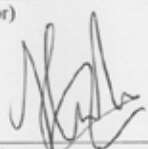
ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "Autoinjerto gingival libre como tratamiento de recesión gingival en pacientes que acuden a la clínica natural valencia en el periodo mayo septiembre 2017", realizado por **Julián Alberto Cabrera Herrera** C.I. 26.019.042, Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: \_\_\_\_\_ (20) PUNTOS.

  
 Tutor Académico (Coordinador)  
 Nombre: *Prodrigo P*  
 C.I.: *17307340*

  
 Jurado  
 Nombre: *Jesús Pardo*  
 C.I.: *7008994*

  
 Jurado  
 Nombre: *Hector A. Laguna M.*  
 C.I.: *20020870*

Fecha: 06-11-17



## **DEDICATORIA**

En primer lugar agradezco a Dios y a mi Virgencita del Valle, sin ellos esto no hubiese sido posible.

A mis padres por apoyarme siempre en mi sueño de ser Odontólogo, desde el día uno que salí de casa con una maleta llena de sueños e ilusiones, hasta el día de hoy a casi nada de mi meta. Quienes escucharon pacientemente cada día todo lo que tenía que contar al llegar de clases y me alentaron a seguir adelante, aunque estuvieron siempre a 439 kilómetros de aquí, nunca los sentí lejos. Por todo su amor y por la educación que me han regalado, gracias. Los amo.

A mis hermanos Luis Alfonso, Luis Alejandro y Sharon, quienes siempre creyeron en mí. A mi sobrina Constanza Victoria, que llegó hace un año a llenarme de ganas de querer ser mejor por ella, y para ella. Los amo.

A Julián Cabrera, una persona maravillosa que se cruzó en mi camino el día que fui a sacar mi carnet de la universidad y desde ese día ha sido un gran amigo, y el mejor compañero de tesis que podría tener, quien con sus risas ha hecho este camino mucho más fácil, con quien espero contar siempre, gracias.

A mi Tía Mónica, quien me regaló la oportunidad de enamorarme de la Odontología incluso antes de iniciar mi carrera, gracias.

A mi familia, tios, primos, abuelos.

A Maria Bethania quien fue mi roomie, hermana de la vida, mamá, profesora y todas las profesiones que fueran necesarias.

A mis profesores que me enseñaron con tanto amor, y a mis pacientes, sin ellos hoy no estaría aquí.

A mis amigos, que me acompañaron durante la carrera, mi grupo inseparable Ireana, Vanessa, Annaybel, y en especial a mi amiga Bárbara que siempre estuvo para mí en las buenas y en las malas, los amo.

A mi novio, Miguel que llegó en el momento justo para acompañarme y apoyarme en este sube y baja que es nuestra carrera, escucharme y estar ahí siempre para mí. Gracias.

A Rodrigo Pino, no solo profesor, ni mi tutor, sino un gran amigo.

Y por último pero no menos importante a mi casa de estudios, la Universidad José Antonio Páez que con tanto orgullo llevo en mi ventrículo izquierdo.

**Daniela Balza.**

## **DEDICATORIA**

Primeramente doy gracias a Dios, que muchas veces en los altibajos de la carrera fue significado de fortaleza. En segundo lugar a mis padres Luis y Mariela, quienes han sido ejemplo, apoyo, amistad y cariño en esta etapa; y gran parte este logro es por y para ustedes, gracias por todo, los amo.

A mis hermanos Xauko, Luis y Victoria quienes me han motivado para ser mejor, gracias por ser parte de mí. A Yaisy Delepiani, quien ha sido madre y amiga aportando todo tu apoyo incondicional y desinteresado, gracias.

A mi segunda familia Corniel Sangronis por hacerme parte de ellos y brindarme muchos días de alegría, apoyo y cariño. Gracias.

A Annaybel Soto, mi novia, por soportar lo insoportable y ser ese apoyo que se necesita para seguir adelante en esta carrera, gracias por ser parte de esto.

A mis amigos Victor Materan, Anyerbert Corniel, Carlos Gómez, Bárbara López gracias por su amistad y todos esos momentos que hemos compartido y disfrutado, puedo decir que son los hermanos que la vida me dio. A Daniela Balza, quien me colió ese día en la cola del BNC, pero sería una amiga incondicional y la mejor compañera de tesis. Gracias.

Sin duda alguna a mis pacientes y la Universidad José Antonio Páez por brindarme el placer de atenderlos y estudiar esta hermosa carrera.

Por último y no menos importante, a mi tutor, profesor y amigo Rodrigo Pino, por siempre estar ahí para ayudarme a ser mejor. Gracias.

**Julián Cabrera**

## ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN INFORMATIVO .....</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....</b>	<b>17</b>
1.1 Planteamiento del problema .....	17
1.1.1 Formulación del problema.....	20
1.2 Objetivos de la investigación .....	20
1.2.1 Objetivo general.....	20
1.2.2 Objetivos específicos .....	20
1.3 Justificación de la investigación .....	21
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
2.1 Antecedentes de la investigación .....	23
2.2 Bases Legales.....	27
2.3 Bases Teóricas .....	28
2.3.1 Encía .....	28
2.3.2 Características clínicas de la encía .....	29
2.3.3 Recesión gingival.....	32
2.3.4 Clasificación de Miller de las recesiones gingivales.....	33
2.3.5 Autoinjerto gingival libre .....	34
2.3.6 La cicatrización .....	37
2.4 Definición de términos.....	39
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>41</b>
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	41
3.2 Población.....	41
3.3 Muestra .....	41
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	42

3.5 Validación del instrumento .....	42
3.6 Hipótesis.....	42
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>43</b>
<b>PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
4.1 Tabla 1. Lista de pacientes .....	43
4.2 Tabla 2. Nivel de inserción pre y pos tratamiento .....	43
4.3 Gráfico 1. Clasificación de las recesiones gingivales.....	44
4.4 Tabla 3. Biocompatibilidad del autoinjerto.....	44
4.5 Tabla 4. Estética del autoinjerto .....	45
<b>CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>48</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>51</b>
Anexo A: Consentimiento Informado .....	51
Anexo B: Historia Clínica .....	53
Anexo C .....	54
Tabla de datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos. ....	54
Anexo D: Operacionalización de las variables.....	55
Anexo E: Validación del instrumento.....	56
Anexo F: Validación del instrumento .....	57
Anexo G: Validación del instrumento .....	58

## LISTA DE CUADROS O TABLAS

		CONTENIDO	
CUADRO TABLAS			pp.
1	Lista de pacientes.....		44
2	Nivel de inserción pre y pos tratamiento.....		44
3	Biocompatibilidad del autoinjerto .....		45
4	Estética del autoinjerto.....		46

## LISTA DE GRÁFICOS Y FIGURAS

		CONTENIDO	
GRÁFICO			pp.
FIGURA			
1	Clasificación de las recesiones .....		45
2	Factibilidad del injerto.....		47



**República Bolivariana de Venezuela.  
Universidad José Antonio Páez.  
Facultad de ciencias de la salud.  
Escuela de odontología.**

**Autoinjerto gingival libre como tratamiento de recesión gingival en  
pacientes que acuden a la Clínica Natural Valencia en el período  
Mayo-Septiembre 2017.**

**Autores:**

**Balza Daniela**

**Cabrera Julián**

**Tutor:**

**Rodrigo Pino**

**RESUMEN INFORMATIVO**

Esta investigación tuvo como objetivo principal aplicar autoinjerto gingival libre de paladar como tratamiento de la recesión gingival en pacientes que acuden a la Clínica Natural Valencia en el período mayo-septiembre de 2017. El proyecto se desarrolla en la modalidad de investigación cuasiexperimental de tipo explicativa, ya que busca observar los efectos del autoinjerto gingival libre de paladar en los pacientes tratados. Usando una población representada por los pacientes que acuden a la nombrada clínica, se realiza una caracterización obteniendo una muestra representativa de 10 pacientes, usando como criterio el tiempo y recursos disponibles para la investigación. Se diseñó un instrumento de tipo Historia clínica, acompañada de una guía de cotejo, los cuales sirven como evidencia de los resultados obtenidos con la aplicación de la técnica. La cual arrojó mejoras en los parámetros clínicos estudiados: profundidad de sondaje, nivel de inserción, tipo de recesión según clasificación de Miller. Obteniendo un cubrimiento radicular con una estética bastante aceptable en el 70% de los pacientes tratados.

**Palabras clave:** Recesión gingival, autoinjerto, historia clínica.

## INTRODUCCIÓN

La salud, según la Organización Mundial de la Salud, tiene una definición concreta: es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona. Es por ello que la salud bucal forma parte importante del componente de salud. En la actualidad el rol de los odontólogos se ha vuelto sumamente importante, los pacientes buscan un equilibrio entre salud y estética funcional en cavidad bucal.

Cada día son más los pacientes que acuden a la consulta odontológica refiriendo migración de las encías, que de alguna forma causa inconformidad estética además de molestias por sensibilidad; se ven afectados por la recesión gingival, lo cual constituye nuestro objeto de estudio. Ésta condición puede tener dos vías de seguimiento, dependiendo de su nivel de severidad, en casos leves puede no tratarse y mantenerse en control periódico. En casos de mayor complejidad pueden realizarse diversos abordajes quirúrgicos, la técnica de autoinjerto gingival libre de paladar ha sido objeto de múltiples estudios, en los cuales, se han obtenido importantes resultados de ganancia de encía insertada devolviendo al paciente estética y funcionalidad. Aunque existen muchas variables que puedan interferir en dichos resultados, nos parece importante profundizar en conocimientos sobre ésta técnica que puede ser el futuro de los tratamientos de recesiones gingivales.

En este sentido el presente estudio se desarrolló en cinco capítulos: Capítulo I: el problema, en el cual se describe el planteamiento del problema y los objetivos, general y específicos. Capítulo II: Marco teórico, en el cual se reflejan antecedentes de la investigación, y bases teóricas. Capítulo III: marco metodológico: el cual describe la naturaleza de la investigación y el proceso seguido, Capítulo IV: Análisis e interpretación de los datos obtenidos luego de aplicar la técnica. Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones finales que se generan en la investigación y por último anexos y bibliografías consultadas.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del problema

Según la OMS (2012) la salud bucodental se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

Los dientes se encuentran rodeados por el periodonto, y este comprende: encía, ligamento periodontal, cemento radicular y el hueso alveolar todos con la función principal de unir el diente al tejido óseo de los maxilares y en mantener la integridad en la superficie masticatoria de la cavidad bucal (Linghe, J. 2016). Asimismo, como todo tejido sano está expuesto a enfermedades, las más frecuentes son gingivitis y periodontitis seguido de las recesiones gingivales.

Cada día es más frecuente observar la preocupación tanto de los pacientes como del profesional de la salud bucal por la presencia de recesiones gingivales localizadas o generalizadas. El paciente puede referir sensibilidad, o presentar una mayor prevalencia de caries y abrasiones cervicales, pero suele ser el compromiso estético el principal motivo de consulta.

Medina, A. (2009) afirma la recesión gingival aumenta con la edad. Su incidencia varía desde 8% en los niños hasta 100% luego de los 50 años de edad. Informes recientes indican que hay una prevalencia sustancial en el aumento de las recesiones en la población mundial, incrementándose significativamente después de la quinta década. Esto motiva a que ciertos investigadores supongan que la recesión es un proceso fisiológico vinculado con el envejecimiento. Sin embargo, aún no se presentan pruebas convincentes sobre un cambio fisiológico de la inserción gingival.

La Academia Americana de Periodontología (2001), definió la recesión gingival “Como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte con la exposición de la superficie radicular al ambiente oral” (p.44). La recesión del tejido marginal puede estar asociada a diversas causas, entre las que podemos incluir: traumatismo tras cepillado vigoroso, mal posición dentaria, restauraciones, inadecuada higiene oral, movimientos ortodónticos, tracción de frenillos y enfermedad periodontal, principalmente.

En un adulto, la encía normal cubre el hueso alveolar y la raíz del diente a un nivel apenas coronal, este es llamado unión amelocementaria. La encía se divide anatómicamente en áreas: encía marginal, adherida e interdental. Aunque cada tipo de encía muestra variación considerable en la diferenciación, histología y grosor de acuerdo a sus exigencias funcionales, todos los tipos están estructurados específicamente para responder ante daños mecánicos y microbianos. Ésta posee características normales como color, tamaño, contorno, forma, consistencia, textura y posición; la cual se refiere al nivel al que el margen gingival se une al diente.

Fiorellini, J (2014) define “la encía insertada es una continuación de la encía marginal. Es firme, resiliente y se une fuertemente al periostio subyacente del hueso alveolar. El aspecto facial de la encía insertada se extiende hasta la relativamente laxa y movable mucosa alveolar y está demarcado por la unión mucogingival”.

Varios aspectos de la recesión gingival la hacen relevante en términos clínicos, las superficies radiculares expuestas son susceptibles a la caries, el desgaste del cemento exhibido por la recesión deja una superficie dentinaria subyacente muy sensible, en especial al tacto. La hiperemia pulpar y los síntomas concomitantes en pueden aparecer también por la exposición de la superficie radicular, la recesión interproximal crea espacios donde la placa, los alimentos y las bacterias pueden acumularse.

Ante la presencia de recesiones podemos plantear dos posibilidades: en primer lugar, no tratarla y controlar su evolución por medio de tartrectomías, raspados radiculares y manteniendo una correcta higiene bucal; en segundo, corregirlas mediante la práctica de técnicas de cirugía mucogingival.

Takei, H (2014) define cirugía mucogingival como “procedimientos quirúrgicos relacionados con la corrección de las relaciones entre la encía y la membrana de la mucosa bucal con referencia a tres áreas problemáticas específicas: la encía insertada, vestíbulos superficiales y frenillo que interfiere con la encía marginal”.

Asimismo Miller (1985) establece la siguiente categorización de las recesiones gingivales: Clase I, Clase II, Clase III y Clase IV. De acuerdo con el tipo de recesión se determina la técnica quirúrgica a realizar y el pronóstico de éxito.

Se tiene en cuenta que se justifica realizar un procedimiento de cobertura de una recesión marginal, cuando ella ocasione problemas estéticos, de sensibilidad o de susceptibilidad a caries radicular. La cirugía mucogingival incluye varios procedimientos que ayudan a corregir defectos en cuanto a morfología, posición y dimensiones de la encía.

En relación con las técnicas para aumentar la encía insertada se presentan las siguientes clasificaciones: aumento gingival en sentido apical con respecto al área de recesión y aumento gingival en sentido coronal con respecto a la recesión (cobertura radicular), cada una de estas clasificaciones poseen subdivisiones, de las cuales la presente investigación se enfocará en el autoinjerto gingival libre.

La técnica de autoinjerto gingival libre se utiliza para crear una zona más ancha de encía insertada. Bjorn (1963) fue el primero en describirlo, y desde entonces se han investigado de manera amplia.

El objetivo del autoinjerto gingival libre, es crear una banda adecuada de encía insertada para detener procesos de recesión gingival progresiva, aumentando la salud de los dientes afectados por una cantidad inadecuada de encía insertada. El injerto gingival, se suele obtener del paladar y su espesor normalmente no es mayor a 1 mm. Sus dimensiones deben sobrepasar las de la dehiscencia ósea. La ganancia de suficiente encía adherida permitirá un restablecimiento del cepillado adecuado, una mejoría en la masticación, una reducción y una estabilización de la progresión de la recesión.

### **1.1.1 Formulación del problema**

¿Cuáles son los efectos al realizar el autoinjerto gingival libre en el paciente con recesión gingival que acude a la Clínica Natural Valencia en el período mayo-septiembre 2017?

## **1.2 Objetivos de la investigación**

### **1.2.1 Objetivo general**

Aplicar autoinjerto gingival libre como tratamiento de recesión gingival en pacientes que acuden a la Clínica Natural Valencia en periodo mayo-septiembre 2017.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

1. Registrar el nivel de inserción de encía marginal pre y pos operatorio en pacientes que reciben injerto de encía libre de paladar.
2. Determinar la biocompatibilidad del tejido injertado en pacientes con recesión gingival.
3. Establecer la conformidad estética y funcional del paciente tras la realización del tratamiento.

4. Examinar características clínicas del autoinjerto a los 7 y 21 días después de la realización del tratamiento.

### **1.3 Justificación de la investigación**

Las recesiones gingivales han capturado la atención e importancia entre los pacientes y profesionales de la salud al momento de las consultas odontológicas especialmente por el efecto antiestético que estas brindan, sobre todo cuando están localizadas en el sector anterior tanto en el maxilar como en la mandíbula es por ello que se han ido desarrollando técnicas para cubrir las altas demandas.

Guinard y Caffesse (1978), definieron la recesión gingival como el desplazamiento del tejido gingival marginal hacia la zona apical del límite amelocementario, dando lugar a la exposición de la superficie radicular.

Ante la presencia de recesiones podemos plantear dos posibilidades: en primer lugar, no tratarla y controlar su evolución; en segundo, corregirlas mediante la práctica de técnicas de cirugía mucogingival. Entre estas técnicas se encuentran injertos preventivos de tejido blando que buscan aumentar el ancho de la encía queratinizada o técnicas de cubrimiento radicular. Esta última opción será el objetivo de esta revisión.

El autoinjerto gingival es una técnica quirúrgica que fue descrita por Sullivan y Atkins en 1968 con el objetivo de aumentar el grosor de encía queratinizada y posteriormente modificada por Miller en 1982 para el cubrimiento de recesiones radiculares.

Milena Guerreiro en su trabajo recesión gingival: prevalencia, extensión y severidad en los adultos realizado en la escuela Dental de Bauru, desarrollado con 380 individuos adultos mayores de 20 años, la recesión gingival se observó en al

menos una superficie dental en aproximadamente el 89% de los individuos analizados.

El cual es un procedimiento que ha demostrado durante años su estabilidad a lo largo del tiempo, siendo unas de las predilectas al momento del facultativo elegir tratamiento de las recesiones gingivales, con esta cirugía se previene, en un gran porcentaje, de sufrir de caries radiculares, sensibilidad dentaria y exposición radicular al medio bucal, y es por ello que la presente técnica coge fuerza como el tratamiento para recesiones gingivales de cara al futuro.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de la investigación

Según Arias, F (2016) Esta sección se refiere a los estudios previos: trabajos y tesis de grado, trabajos de ascenso, artículos e informes científicos relacionados con el problema planteado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente y que guardan alguna vinculación con nuestro proyecto, por lo que no deben confundirse con lo histórico del objeto en cuestión. (p.106)

**J Dent Tehran.(2016)** presenta un trabajo titulado: **“Injerto gingival versus injerto gingival libre para el tratamiento de la recesión gingival: un ensayo clínico controlado aleatorizado”**. Con el objetivo de comparar el uso de injerto gingival (injerto palatal incluyendo la encía marginal y las papilas) con injerto gingival libre para el tratamiento de la recesión gingival localizada. Utilizando como materiales y métodos: En este ensayo clínico controlado aleatorizado, 18 recesiones bilaterales localizadas de clase Miller I y II fueron tratadas en nueve pacientes sistemáticamente sanos. Las recesiones fueron tratadas aleatoriamente con injerto de unidad gingival en un lado e injerto gingival libre convencional en el otro lado. Los parámetros clínicos incluyendo el nivel de unión clínica, ancho de tejido queratinizado, profundidad de sondaje y profundidad de recesión vertical (VRD) se registraron al inicio ya los tres, seis meses y después de la cirugía. También se evaluó el índice de cicatrización y la satisfacción del paciente. Teniendo como resultados: Ambas técnicas causaron una mejora significativa en los parámetros clínicos. El injerto gingival produjo mayor satisfacción estética ( $P = 0,050$ ,  $0,024$  y  $0,024$  respectivamente en los tres momentos), mayor índice de cicatrización ( $P < 0,001$ ), mayor porcentaje de cobertura radicular al mes de la cirugía ( $34,04\%$ ,  $P = 0,011$ ) Y una mayor reducción del ancho de la recesión tres meses después de la cirugía ( $P = 0,007$ ), pero la reducción de la VRD en este lado no fue significativamente mayor. Concluyendo que; El injerto de la unidad gingival podría ser una modalidad aceptable

en los defectos de recesión de clase Miller II / II. Esta técnica puede tener ventajas sobre el injerto gingival libre, tales como resultados clínicos y estéticos significativamente superiores.

**J Oral Biol Craniofac Res. (2012)** en su trabajo, “**Autoinjerto gingival libre para el aumento de tejido queratinizado en la recesión apical a la gingival - Reporte de un caso.** El tratamiento del problema mucogingival es uno de los principales objetivos de la terapia periodontal. La insuficiencia o ausencia de la encía adherida aumenta el riesgo de desarrollo de recesiones gingivales. Como método, se seleccionó un paciente con recesión gingival de clase II de Miller y una pequeña profundidad del vestíbulo en la región mandibular frontal. Se utilizaron injertos gingivales libres autógenos cosechados de la mucosa palatina para obtener la encía adherida. Obteniendo como resultado, la cicatrización inicial se completó en 2 semanas sin complicaciones. El aumento del tejido gingival unido utilizando la técnica de injerto gingival libre condujo a la ganancia de la encía adherida en las regiones tratadas. Concluyendo que las limitaciones del desplazamiento de la aleta de la mucosa apical para la preparación del sitio receptor en situaciones con una profundidad inadecuada del vestíbulo y una pequeña altura del hueso alveolar requieren un injerto de pequeño ancho. El resultado del reporte de caso presentado con aplicación del injerto gingival libre indica que podría aplicarse cuando se incrementa el tejido gingival unido.

A través de la revisión de diversas fuentes, se logra tener conocimiento sobre la publicación efectuada por Beltrán, R. (2010) “**Recubrimiento radicular**”. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. Concluyó que el recubrimiento radicular constituye el método de elección más conveniente para eliminar los problemas que pueda provocar la alta sensibilidad dentinaria. El aspecto estético de la sonrisa, tan importante en nuestros días, influye en la elección del tratamiento de recubrimiento radicular para las recesiones gingivales en el sector anterior. El hábito

de fumar representa una importante contraindicación para el éxito del tratamiento del recubrimiento radicular en el largo plazo, debido a los componentes que afectan seriamente la estabilidad del tejido gingival. Dentro de los variados procedimientos quirúrgicos para el recubrimiento radicular, la técnica del injerto de tejido conectivo subepitelial es la mejor elección de acuerdo a los resultados obtenidos en diferentes estudios de investigación. Para el tratamiento de múltiples recesiones gingivales, la técnica del “túnel” combinada con el injerto de tejido conectivo subepitelial ha demostrado ser la más exitosa.

**Indian Dent Res. (2008)** en su trabajo **“Injerto gingival libre en el tratamiento de la recesión gingival clase III”**. Tienen como objetivo, evaluar el éxito y previsibilidad de la cobertura radicular y la estética obtenida con injertos gingivales libres (FGG) en el tratamiento de las recesiones gingivales de clase III temprana durante un período de 12 meses. Empleando como materiales y métodos: Diez pacientes contribuyeron a 12 sitios, cada uno con una recesión temprana de clase III con pérdida ósea interdental  $<0 = 4$  mm de la unión cemento esmalte (CEJ). Los parámetros clínicos registrados al inicio ya los 1, 6 y 12 meses fueron la profundidad de sondaje (PD), la profundidad de recesión (RD), el ancho de recesión (RW) y el nivel de inserción clínica (CAL). Obteniendo como resultados, la reducción de la recesión resultó en una ganancia significativa en CAL y PD al final de los 12 meses. Al final de los 12 meses se obtuvo una cobertura radicular media estadísticamente significativa de  $41,25 \pm 21,07\%$ . Se observó una mejoría estadísticamente significativa en la puntuación de la escala analógica visual después de un período de seguimiento de 12 meses. Concluyendo que, en una población del sur de la India, las recesiones gingivales de clase III temprana tratadas con procedimientos FGG resultaron en una cobertura radicular de 40-50% con una estética bastante aceptable.

Según Grados, S y otros (2007) en su trabajo titulado: **“Recubrimiento de la superficie radicular expuesta, definición de recesión gingival, epidemiología, etiopatogenia, clasificación y opciones de tratamiento”** realizado en la ciudad de México concluye: La recesión gingival es definida como la ubicación del margen gingival apical a la unión amelocementaria de uno o más dientes. Esta deformidad mucogingival ocasiona generalmente hipersensibilidad radicular, pobre apariencia estética y lesiones cervicales cariosas, por lo que los pacientes pueden preguntar por procedimientos de recubrimiento radicular. Existen dos grandes grupos de causas de la recesión gingival, las que se originan de una enfermedad periodontal y las de origen traumático. Además se consideran ciertos factores y se les clasifica como factores predisponentes y precipitantes o desencadenantes. La recesión gingival es una deformidad periodontal que presenta una alta prevalencia en varias poblaciones que debe ser bien identificada para poder establecer programas de tratamiento que prevengan exitosamente su aparición. La recesión gingival presenta diversos factores etiológicos, por lo que es muy difícil predecir que pacientes la presentarán o no. Clínicamente, la clasificación de Miller es muy útil permitiéndonos conocer la gravedad y el pronóstico de la alteración. Dentro del tratamiento de esta condición, es muy importante identificar los factores etiológicos que la estén ocasionando para conseguir una resolución exitosa evitando la aparición de recidivas.

Todas las investigaciones reseñadas anteriormente representan un valioso aporte para la presente investigación, ya que cada una emplea el autoinjerto gingival libre de paladar como tratamiento a la recesión gingival, basándose en la clasificación de Miller y en los mismos parámetros y características clínicas; obteniendo resultados positivos en el incremento de encía adherida en la mayoría de los casos lo que nos invita a realizar el tratamiento y cumplir los objetivos del presente trabajo de investigación.

## 2.2 Bases Legales

**Según la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en su artículo 83:**

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Así mismo en otros artículos nos menciona el papel de la sociedad y del Estado en pro de la salud de los individuos, de la existencia de un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. Con políticas sanitarias que el estado deberá financiar. Entre ellos los artículos 84, 85,86.

**La Ley del ejercicio de la odontología**, ampara a los odontólogos como profesionales de la salud, como lo refleja en su artículo número 2 en el cual habla del ejercicio de la odontología como la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley su Reglamento.

Esta ley es la que rige a los odontólogos, en cuanto al ejercicio de la odontología, personal auxiliar del odontólogo, deberes y derechos, colegio de odontólogos de Venezuela, previsión social del odontólogo, sanciones tanto

administrativas como penales y disposiciones transitorias. Es por ello de suma importancia su manejo por parte de cualquier odontólogo.

## 2.3 Bases Teóricas

Arias, F (2016) Las bases teóricas implican un desarrollo amplio de los conceptos y proposiciones que conforman el punto de vista o enfoque adaptado, para sustentar el problema planteado. (p.107)

### 2.3.1 Encía

Según Carranza, F. (2014). Es la parte de la mucosa bucal que recubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

Esta se divide en tres (3) tipos:

- a) **Encía marginal:** La encía marginal o no adherida, es el extremo terminal o borde que rodea los dientes a manera de collar. En cerca del 50% de los casos se encuentra separada de la encía insertada de los dientes por una depresión lineal superficial, el surco gingival libre. En general con cerca de 1mm de ancho, la encía marginal forma pared del tejido blando del surco gingival. El punto más apical del festón gingival marginal se llama cenit gingival y sus dimensiones apico-coronal y mesio-distal varían entre 0.06 y 0.96mm.
- b) **Encía insertada:** La encía insertada es, una continuación de la encía marginal. Es firme, resiliente y se une fuertemente al periostio subyacente del hueso alveolar. El aspecto facial de la encía insertada se extiende hasta la relativamente laxa mucosa alveolar y está demarcada por la unión mucogingival. El ancho de la encía insertada es un aspecto clínico importante y difiere en diferentes áreas de la boca. En general es más grande en la región de los incisivos (3.5-4.5mm en maxilar 3.3-3.9 en mandíbula) y es más

estrecho en los segmentos posteriores (1.9mm en maxilar y 1.8mm en mandíbula).

- c) **Encía interdental:** Ocupa la tronera gingival, que es el espacio interproximal bajo el área de contacto dental. La encía interdental puede tener forma piramidal o de “collado” en la primera, la punta de una papila se encuentra inmediatamente por debajo del punto de contacto; la segunda presenta una depresión tipo valle que conecta una papila lingual y vestibular y se ajusta a la forma del contacto interproximal. Las superficies vestibulares y linguales se afilan hacia el área de contacto interproximal mientras que las superficies mesial y distal son ligeramente cóncavas.

### 2.3.2 Características clínicas de la encía

- a) **Color:** El color de la encía marginal e insertada suele describirse como “rosa coral” y es producido por el suministro vascular, el espesor y grado de queratinización del epitelio y presencia de células con un contenido de pigmento. El color varía entre las diferentes personas y parece correlacionarse con la pigmentación cutánea. Es más claro en individuos rubios con piel blanca que en individuos de piel morena y cabello oscuro. La encía insertada está delimitada de la mucosa alveolar adyacente en el aspecto vestibular por una línea mucogingival claramente definida. La mucosa alveolar es roja, lisa y brillante en lugar de rosa y graneada, la diferencia en la apariencia es explicada por la comparación entre la estructura microscópica de la encía insertada con la mucosa alveolar.
- b) **Pigmentación fisiológica (melanina):** La melanina es un pigmento marrón no derivado de la hemoglobina que tiene las siguientes características:

- Es responsable de la pigmentación normal de la piel, encía y resto de la mucosa bucal,
  - Se encuentra presente en todos los individuos normales, a menudo no en cantidades suficientes para ser detectadas clínicamente, pero está ausente o severamente disminuida en albinos.
  - La pigmentación con melanina en cavidad bucal es prominente en individuos negros.
- c) **Tamaño:** El tamaño de la encía corresponde con la suma total del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su suministro vascular. La alteración del tamaño es una característica común de la enfermedad gingival.
- d) **Contorno:** El contorno o forma de la encía varía considerablemente y depende de la forma de los dientes y su alineación en el arco, ubicación y tamaño del área de contacto y las dimensiones de las troneras gingivales vestibulares y linguales. La encía marginal envuelve a los dientes a manera de collar y sigue un contorno festoneado en las superficies vestibulares y linguales. Forma una línea recta a lo largo de los dientes con superficies relativamente planas. En dientes con convexidad mesio-distal pronunciada o dientes con labioversión, el contorno normal arqueado se acentúa y la encía se localiza más apical. En dientes con linguoversión la encía es horizontal y engrosada. Además el biotipo de tejido gingival varía significativamente.
- e) **Forma:** La forma de la encía interdental se rige por el contorno de las superficies proximales de los dientes y por la ubicación y forma de las

troneras gingivales. Cuando las superficies proximales de las coronas son relativamente planas en la cara vestibulolingual, entonces las raíces están juntas, el hueso interdental es fino en la cara mesiodistal y las troneras gingivales y la encía interdental son angostas en la parte mesiodistal. Por el contrario con las superficies proximales separándose en el área de contacto, el ancho mesio-distal de la encía interdental es amplio. La altura de la encía interdental varía con la ubicación del contacto proximal. Por tanto en la región anterior de la dentición, la papila interdental es de forma piramidal mientras que la papila es más aplanada en una dirección bucolingual en la región molar.

- f) **Consistencia:** La encía es firme y resiliente y con excepción del margen libre movable, se encuentra estrechamente adherida al hueso subyacente. La naturaleza colagenosa de la lámina propia y su contigüidad con el mucoperiostio del hueso alveolar, determinan la firmeza de la encía insertada. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen gingival.
  
- g) **Textura de la superficie:** La encía presenta una superficie con textura similar a una cáscara de naranja que se denomina graneada. Este graneado se observa mejor secando la encía. La encía insertada es graneada, la encía marginal lisa. La porción central de la encía interdental es generalmente graneada, pero los bordes son lisos. El patrón y grado de graneado varían entre individuos y entre diferentes áreas de la misma boca. El graneado es menos prominente en las superficies linguales que en las vestibulares y puede no encontrarse en algunas personas. El graneado varía con la edad. Está ausente en la infancia y aparece aproximadamente a los 5 años de edad en algunos

niños, aumenta hasta la edad adulta y con frecuencia comienza a desaparecer con la vejez. El graneado es una forma de especialización adaptativa o refuerzo para la función. Es una característica de la encía sana, y la reducción o pérdida del granulado es una seña común de enfermedad gingival.

- h) **Posición:** La posición de la encía se refiere al nivel al que el margen gingival se une al diente. Cuando el diente erupciona en la cavidad bucal el margen y el surco están en la punta de la corona, a medida que progresa la erupción, se ven más cerca de la raíz. La exposición del diente por migración apical de la encía se llama recesión o atrofia gingival.

**Posiciones de la encía:** Por definición clínica la recesión es la exposición de la superficie radicular por medio de un cambio en la posición de la encía. Para comprender la recesión es útil distinguir entre la posición real y la posición aparente de la encía. La posición aparente: Es el nivel de la cresta del margen gingival y la posición real es el nivel de inserción epitelial en el diente. La gravedad de la recesión se determina por la posición real, no por la aparente. La recesión de la encía se refiere a su posición, más no a su estado, la encía con recesión puede estar inflamada pero normal, excepto por su posición. La recesión puede localizarse en uno o varios dientes, o estar generalizada en toda la boca.

### **2.3.3 Recesión gingival**

La Academia Americana de Periodontología (2001), definió la recesión gingival “Como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte con la exposición de la superficie radicular al ambiente oral” (p.44).

### 2.3.4 Clasificación de Miller de las recesiones gingivales

Miller en 1985 propuso una nueva clasificación, donde tomó como variable crítica la altura del tejido interproximal, siendo ésta, el factor determinante en la predictibilidad y el éxito del tratamiento quirúrgico de las recesiones gingivales.

- **Clase I:** La recesión del tejido marginal no se extiende a la unión mucogingival. No hay pérdida ósea ni de tejido blando en el área interdental. Este tipo de recesión puede ser estrecha o ancha.
- **Clase II:** La recesión del tejido marginal se extiende hasta la unión mucogingival o más allá. No hay pérdida ósea ni de tejido blando en el área interdental. Este tipo de recesión se puede clasificar en ancha o estrecha.
- **Clase III:** La recesión del tejido marginal se extiende hasta la unión mucogingival o más allá. Hay pérdida ósea y tejido blando en el área interdental.
- **Clase IV:** La recesión del tejido marginal se extiende hasta la unión mucogingival o más allá. Hay pérdida ósea y de tejido blando grave en el área interdental o una mala posición dental grave.

En general el pronóstico para las clases I y II es excelente, mientras que en la clase III solo se puede esperar una cobertura parcial. La clase IV tiene un pronóstico muy desfavorable con las técnicas actuales.

#### Complicaciones de la recesión gingival

La exposición radicular lleva consigo una serie de complicaciones que pueden provocar un agravamiento de la exposición radicular o un mal diagnóstico en el tratamiento de las recesiones. (Henriques, 2006)

- Preocupaciones estéticas.

- Hipersensibilidad dada por la exposición radicular.
- Predisposición a caries radicular.
- Dificultad en el control de placa.
- Recesión progresiva.

**Técnicas para aumentar la encía insertada:** Para simplificar y entender mejor las técnicas se presentan las siguientes clasificaciones:

- **Aumento gingival en sentido coronal con respecto a la recesión gingival** (cobertura radicular): se coloca un injerto, ya sea pediculado o libre que cubre la superficie radicular descubierta.
- **Aumento gingival en sentido apical con respecto al área de recesión:** Se coloca un injerto, pediculado o libre, en un lecho receptor en dirección apical con respecto al margen gingival en recesión. No se realiza ningún esfuerzo por cubrir la superficie radicular donde hay recesión gingival y ósea.

### 2.3.5 Autoinjerto gingival libre

La técnica de autoinjerto gingival libre se utiliza para crear una zona más ancha de encía insertada. Bjorn 1963 (pág. 684) fue el primero en describirlo, y desde entonces se han investigado de manera amplia.

La técnica tradicional cuenta con 4 pasos fundamentales:

**Preparar el sitio receptor:** Consiste en preparar un lecho de tejido conjuntivo firme para recibir el injerto. El sitio receptor se prepara mediante una incisión en la unión mucogingival con una hoja de bisturí n°15, hasta la profundidad deseada, siempre dejando periostio que cubra el hueso. Otra técnica consiste en delimitar el sitio receptor con dos incisiones verticales, desde el margen gingival seccionado hasta

la mucosa alveolar. Se extienden las incisiones casi hasta el doble del ancho deseado de la encía insertada, permitiendo 50% de contracción del injerto cuando se complete la cicatrización. La cantidad de contracción depende de la extensión a la que el sitio receptor penetra las inserciones musculares. Cuando más profundo sea el sitio receptor, mayor será la tendencia de estos músculos a elevar el injerto y reducir el ancho final de la encía insertada. Se inserta una hoja n°15 a lo largo del margen gingival seccionado y se separa un colgajo que incluye epitelio y tejido conjuntivo sin alterar el periostio. Se extiende el colgajo hasta la profundidad de las incisiones verticales. Se sutura el colgajo donde se localiza la porción apical del injerto libre. Se colocan 3 a 4 suturas independientes de catgut. Primero se pasa la aguja como una sutura de colchonero superficial perpendicular con respecto a la incisión y después sobre el periostio paralelo a la incisión.

También se colocan injertos de forma directa en el tejido óseo. Para esta técnica, se debe separar el colgajo por medio de una disección roma con un elevador perióstico. Las ventajas reportadas de esta variante son, una menor movilidad posoperatoria del injerto, menos tumefacción, mejor hemostasis, y 1.5-2 veces menos contracción.

**Obtención del injerto del sitio donante:** Incluye la transferencia de un pedazo de encía queratinizada casi del tamaño del sitio receptor, el paladar suele ser el sitio del que se retira el tejido donante. El injerto debe constar de epitelio y una capa delgada de tejido conjuntivo. Se coloca el molde sobre el sitio donante y se hace una incisión superficial alrededor de éste con una hoja de bisturí n°15. Se inserta la hoja hasta el espesor deseado en un borde del injerto. Se eleva el borde y se sostiene con una pinza para tejidos. Se sigue separando el injerto con la hoja, levantándolo un poco conforme progresa la separación para proporcionar visibilidad. La colocación de suturas en los márgenes del injerto ayuda a colocarlo durante la separación y transferencia y simplifica la colocación y sutura del sitio receptor.

El grosor apropiado es importante para la supervivencia del injerto. Debe ser lo suficientemente delgado para permitir la difusión fácil de líquido desde el sitio receptor, que es esencial en el período inmediatamente posterior al trasplante. Un injerto muy delgado puede necrosarse y exponer el sitio donante. Si el injerto es muy grueso, se pone en peligro su capa periférica debido al excesivo tejido que lo separa de la nueva circulación y los nuevos nutrientes. Los injertos gruesos también crean una herida profunda en el sitio donante, con la posibilidad de lesionar arterias palatinas mayores. El grosor ideal de un injerto es de entre 1.0 y 1.5mm. Después de separar el injerto, se retira el tejido suelto en la superficie inferior. Se debe adelgazar el borde para evitar contornos dentales y marginales abultados. Se debe tener especial cuidado con los injertos extraídos de paladar.

**Transferir e inmovilizar el injerto:** Se coloca en la zona receptora con presión, hasta detener la hemorragia y se elimina el coágulo. Evitando la torsión excesiva del mismo, asegurándolo en su posición, se suturan el injerto y los bordes laterales al periostio, sin realizar suturas excesivas que perforen innecesariamente el injerto. Se debe inmovilizar el injerto. Cualquier movimiento interfiere con la cicatrización. Se deben utilizar pinzas para tejido de manera delicada.

**Proteger el sitio donante:** Se cubre el sitio donante con apósito periodontal durante una semana y se repite de ser necesario. La retención del apósito periodontal puede ser un problema. Si se utiliza la encía, se puede retener el apósito, si se traba en los espacios interproximales a la superficie lingual. Si no hay espacios interdentes abiertos, se cubre el apósito con una férula de plástico ligada con alambres a los dientes. Un retenedor de Hawley modificado es útil para cubrir el apósito sobre el paladar y los rebordes desdentados.

### 2.3.6 La cicatrización

Es un proceso biológico encaminado a la reparación correcta de las heridas, por medio de reacciones e interacciones celulares, cuya proliferación y diferenciación esta mediada por citoquinas, liberadas al medio extracelular.

**Fases de la cicatrización**, se dividen en: inflamación, proliferación y maduración. La inflamación es la liberación de componentes de la sangre. Durante la fase proliferativa se dan dos procesos paralelos e interdependientes. Uno es la formación de un nuevo tejido conectivo rico en fibroblastos y macrófagos, y con una matriz extracelular de colágeno, fibronectinas y ácido hialurónico, y el otro es la angiogénesis. Los queratinocitos de la periferia, proliferan hasta que entren en contacto unos con otros. Posteriormente, de uno a seis meses, se iniciará la remodelación de ese tejido conectivo degradando el colágeno viejo por otro de tipo I y sintetizando elastina y proteoglicanos. Durante este proceso de reparación, los macrófagos y las plaquetas, se convierten en células protagonistas en la segregación de factores de crecimiento como, el PDGF, que estimulará la proliferación fibroblástica y la neovascularización de la herida por parte de las células endoteliales.

#### **La cicatrización de las heridas se puede producir de dos maneras**

- 1) **Primera intención:** se dará en heridas limpias no contaminadas, en las cuales se pueden aproximar bien, los bordes con una sutura precisa. Requiere una pequeña formación de tejido nuevo, su cicatriz es más estética.
- 2) **Segunda intención:** son heridas en las cuales se ha producido una pérdida de sustancia, si se suturarán se formaría un seroma debajo, con la posibilidad de acumular bacterias e infectarse la herida. También se produce este tipo de cierres en heridas contaminadas o infectadas.

La cicatrización comienza en el momento de producirse la lesión y su velocidad de reparación vendrá marcada por una serie de factores, como son: daño vascular producido en la herida, la superficie afectada, la profundidad, la zona anatómica afectada, Infección., Alteraciones genéticas (hemofílicas, defectos en las metaloproteasa, entre otros), enfermedades concomitantes, administración de algunos fármacos.

### **Factores que influyen en la cicatrización de las heridas**

**Factores generales:** - La edad: la velocidad de cicatrización es inversamente proporcional a la edad del paciente, e incluso en niños se suele producir cicatrices hipertróficas. - La circulación sanguínea: - Un aporte inadecuado de nutrientes y oxígeno a las células dificultará su actividad reparadora. Además, el humo del tabaco disminuye la presión parcial de oxígeno en la herida disminuyendo así la síntesis de colágeno, la angiogénesis y la actividad fagocítica.- Un aporte insuficiente de glóbulos blancos, hace disminuir el desbridamiento del tejido dañado, por lo tanto menor descontaminación de la herida y de proliferación celular . - La nutrición: para una mejor cicatrización se debe aumentar el consumo de alimentos ricos en proteínas, vitaminas A y C, y sales minerales como el Zn, Ca, Cu y el Fe esencial para la síntesis de DNA y la división celular - Enfermedades de base como: - Diabetes: produce una alteración de los glóbulos blancos, entre otras anomalías. - Arteriosclerosis: depósitos de lípidos y colesterol en las paredes de los vasos produciendo una disminución del aporte sanguíneo. - Hipertiroidismo: disminuye la síntesis de colágeno. - Insuficiencia renal crónica.

**Factores locales:** - Contaminación crítica, produce una fase de inflamación duradera en el tiempo, al aumentar las bacterias en la herida aumenta el número de glóbulos blancos, consecuentemente aumenta la permeabilidad de los vasos para facilitar el paso de leucocitos, produciéndose edema en el lugar de la lesión y una disminución del número de fibroblastos. - Exceso de exudado que retrasa la

proliferación de los fibroblastos, células endoteliales y queratinocitos ya que, estas enzimas alteran la sustancia fundamental de la matriz extracelular 4. - La temperatura alrededor de la herida debe ser de 37 °C pero si disminuye provoca una vasoconstricción, dificultando el aporte de glóbulos blancos a la herida y una alteración en el transporte de oxígeno y nutrientes. El contacto de la herida con el ambiente hace que disminuya su temperatura, tardando varias horas en recuperar su actividad reparadora y cicatricial. - Deshidratación de la herida retrasa la cicatrización, por eso se recomienda realizar curas en ambiente húmedo. Si dejamos al descubierto la herida, posibilitamos la formación de una escara o costra, que actúa de barrera física para los queratinocitos, dificultando su migración al lecho ulceral. Además reduce la proliferación celular y su división.

#### **2.4 Definición de términos**

**Autoinjerto:** Mosby Diccionario de odontología, 2009. Injerto tomado de una parte del organismo del individuo e implantado (trasplantado) en otra parte del organismo del individuo. (p. 68)

**Biocompatible:** Mosby Diccionario de odontología, 2009. Compatible con células vivas, tejidos, órganos o sistemas, y no plantear riesgo de lesión, toxicidad o rechazo del sistema inmunológico. (p. 77).

**Colgajo(s):** Mosby Diccionario de odontología, 2009. Capa (o capas) de tejido blando parcial o totalmente separada para poder acceder a las estructuras subyacentes o utilizarla(s) para reparar defectos en una parte adyacente o remota del organismo. (p. 134)

**Injertos:** Carranza, F. (2014). Periodontología Clínica. Los injertos son procedimientos realizados con el fin de devolver una parte perdida de un área del cuerpo, es así que, en periodoncia se los utiliza para regresar la salud y estética. Hay diferentes tipos de injertos entre ellos, los autólogos o autoinjertos que consisten en

tomar tejido de una parte del cuerpo y transportarla a otra, en este caso se utilizó injerto de tejido conectivo obtenido del paladar.

**Limite mucogingival:** Gómez, M. (2009). Es el límite entre la encía insertada y la mucosa alveolar, una línea ondulada.

**Margen gingival:** Vieira, D (2013).Es el borde coronal de la encía. Este margen gingival tiene los contornos de forma redondeada, y está genéticamente determinado.

**Nivel de inserción clínica:** Carranza, F. 2014. Periodontología Clínica. Es la distancia entre la base de la bolsa y un punto fijo sobre la corona, como la unión amelocementaria. (p. 552)

**Profundidad de sondaje:** Carranza, F. 2014. Periodontología Clínica. Cantidad de espacio entre la posición de la punta de la sonda periodontal y el margen gingival. (p. 533)

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo y diseño de investigación**

Fernández, R., Hernández, C., y Batista, P. (2010) Se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. (p.120)

Esta investigación se ubica dentro de la metodología de investigación cuasiexperimental de tipo explicativa, ya que la finalidad es utilizar el autoinjerto gingival libre en recesiones gingivales y observar los efectos que este produce en los pacientes tratados. Asimismo no se puede controlar todas las variables, como es el caso de los cuidados pos operatorio.

#### **3.2 Población**

Según Arias, F (2016) Es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Ésta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio. (p.81)

En esta investigación la población está constituida por todos los pacientes que acuden a la Clínica Natural Valencia en el período mayo-septiembre 2017.

#### **3.3 Muestra**

Según Arias, F (2016) La muestra es un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible. (p.83)

Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo tipo no probabilístico de forma intencional, es decir, pacientes que presenten recesiones gingivales en sus

diversos grados según la clasificación de Miller tomando en cuenta como criterio incluyente a todo paciente que presente recesión de Miller clase I,II o III y como criterio excluyente a pacientes clase IV de Miller, se utilizara el 100 por ciento de la muestra, por lo tanto serán 10 los pacientes estudiados, utilizando como pautas el tiempo y recursos disponibles para la investigación, tomados de nuestra población de pacientes que acuden a la Clínica Natural Valencia en el período mayo-septiembre 2017.

### **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Como método de recolección de datos en la presente investigación nos apoyaremos en un resumen de la Historia Clínica que contendrá datos que deben ser evaluados antes y luego del tratamiento para poder comprobar nuestra teoría. Sírvase de ver anexo N°1. También nos serviremos de una guía de observación de características de la encía antes y después de la cirugía. Ver anexo N°2.

### **3.5 Validación del instrumento**

Los instrumentos de recolección de datos de la presente investigación fueron revisados y validados por 3 profesionales: Pablo Mirabal (ver Anexo E), Heylin Ollarves (ver Anexo F) y Elizabeth Villegas (ver Anexo G).

### **3.6 Hipótesis**

Este trabajo sugiere que el autoinjerto gingival libre de paladar es el adecuado como tratamiento de la recesión gingival en sus diferentes grados.

## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

#### 4.1 Tabla 1. Lista de pacientes

Numero	Sexo	Edad
#1	M	16
#2	F	16
#3	F	53
#4	F	21
#5	M	46
#6	M	25
#7	M	55
#8	M	34
#9	F	23
#10	M	66

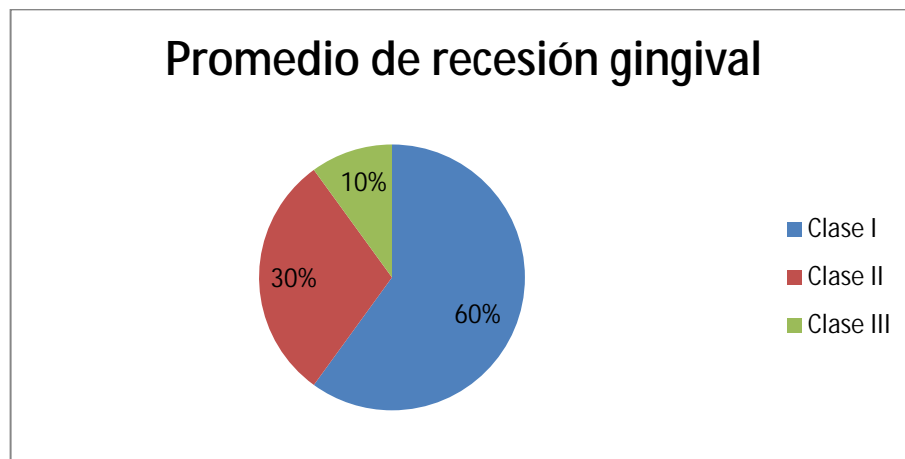
En este estudio se utilizó una muestra representativa de la población de pacientes que acuden a la clínica Natural Valencia en el período mayo-septiembre que presentan recesiones gingivales, constituida por el 30% de la misma, que estuvo representada por 10 personas, 6 de sexo masculino y 5 de sexo femenino. Ver tabla 1.

#### 4.2 Tabla 2. Nivel de inserción pre y pos tratamiento

No Paciente	Inserción pre	Inserción pos
#1	8mm	8mm
#2	4mm	2 mm
#3	7mm	7mm
#4	4mm	1mm
#5	4mm	3 mm
#6	9mm	5 mm
#7	3mm	2 mm
#8	6mm	3 mm
#9	4mm	2 mm
#10	5mm	5 mm

El nivel de inserción es una medida que se obtiene de la suma de la profundidad de sondaje más la medida de la exposición radicular. Este trabajo tiene como objeto la determinación de nivel de inserción pre y posoperatoria, con el fin de determinar si los resultados fueron los deseados. Ver tabla 2.

#### 4.3 Gráfico 1. Clasificación de las recesiones gingivales



Según Miller (1985) las recesiones gingivales se clasifican según su ancho, extensión y si hay pérdida ósea o no. La técnica de autoinjerto gingival libre se aplica en recesiones tipo I, II y III, más no es aplicable en recesiones tipo IV. En este estudio se trataron 10 pacientes. 6 clase I (60%), 3 clase II (30%) y 1 clase III (10%) para un total de 100%. Ver gráfico 3.

#### 4.4 Tabla 3. Biocompatibilidad del autoinjerto

No Paciente	Edema	Sangrado
#1	Si	No
#2	Si	No
#3	Si	No
#4	Si	No
#5	Si	No
#6	Si	No
#7	Si	No

#8	Si	No
#9	Si	No
#10	Si	No

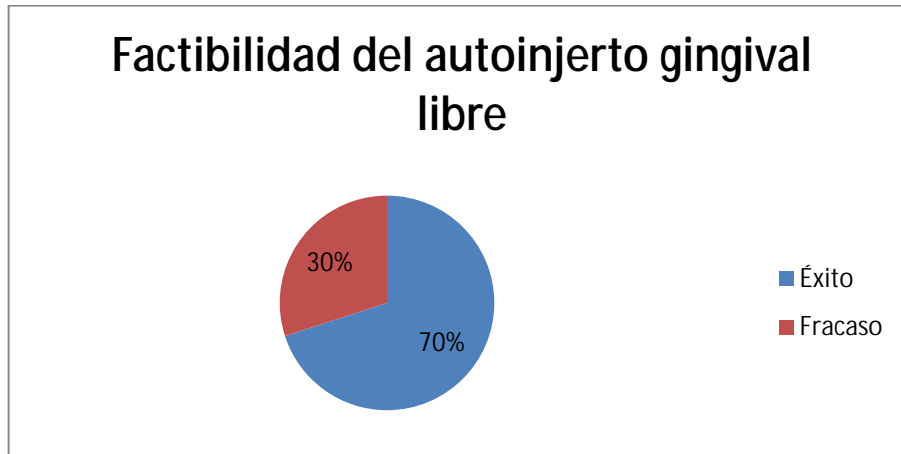
En todos los pacientes (100%) que fueron parte de la investigación, se evidencio edema en la zona que fue colocado el injerto durante los 6 posteriores días a la operación, por otro lado ninguno (0%) presento sangrado en la zona del injerto (según refieren los pacientes).

#### 4.5 Tabla 4. Estética del autoinjerto

No Paciente	Posición	Color	¿Paciente conforme?
#1	-	-	No
#2	Unión Amelocementaria	Rosa coral	Si
#3	-	-	No
#4	Unión amelocementaria	Rosa Coral	Si
#5	Unión Amelocementaria	Rosa Coral	Si
#6	Unión Amelocementaria	Rosa Coral	Si
#7	Unión Amelocementaria	Rosa Coral	Si
#8	Unión Amelocementaria	Rosa Coral	Si
#9	Unión Amelocementaria	Rosa Coral	Si
#10	-	-	No

Los autoinjertos gingivales suelen tener resultados más funcionales que estéticos, sin embargo según los resultados obtenidos tras este estudio, el 70% de los pacientes (7) han obtenido conformidad estética tras la aplicación de la técnica. Ver tabla 5.

#### 4.6. Gráfico 2. Factibilidad del autoinjerto gingival libre.



El autoinjerto gingival como todo procedimiento quirúrgico tiene posibilidades de éxitos y fracasos. En este estudio se obtuvo un porcentaje de éxito de 70% (7 pacientes) y uno de fracaso de 30% (3 pacientes).

#### Discusión

Luego de analizar los resultados obtenidos tras la aplicación de la técnica al objeto de estudio, en este caso pacientes con recesiones gingivales, clasificación I, II y III de Miller en el período mayo-septiembre de 2017; se evidenció que el autoinjerto gingival libre de paladar es una técnica de elección en el tratamiento de recesiones gingivales, obteniendo una buena cicatrización y resultados estéticos aceptables. Logrando el objetivo, de cubrir la exposición radicular. **J Dent Tehran (2016)**, en un estudio similar, realizado en 18 recesiones gingivales localizadas, clase I y II de Miller tratadas con injertos obtenidos del paladar. Empleando como parámetros clínicos: profundidad de sondaje, nivel de unión clínica, profundidad de recesión vertical, cicatrización y satisfacción del paciente, obtiene resultados similares a los del presente estudio: buena cicatrización al mes de la cirugía, cobertura radicular y relativa reducción de la recesión vertical. Coincidiendo con que

el autoinjerto gingival libre de paladar, es una técnica aceptable para el tratamiento de defectos de recesiones gingivales clase I y II de Miller.

**J Oral Biol Craniof (2012)** En el reporte de un caso clínico de un paciente con recesión gingival clase II de Miller tratado con autoinjerto gingival de paladar, coincide con el presente estudio en que la cicatrización se produjo en dos semanas sin complicaciones, conduciendo a la ganancia de encía adherida.

**Bowers, GM(1962)** Advirtió que al menos 1mm de encía insertada para mantener la salud periodontal, siempre y cuando se haga una buena higiene oral. **Cohr,H (1962)** concluye que la altura necesaria de encía queratinizada era de 3mm como mínimo.

## **CAPÍTULO V**

### **RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES**

#### **Conclusiones**

- Esta técnica es funcional en recubrimientos radiculares, sin embargo no siempre cumple con los requerimientos estéticos ya que suele verse una leve diferencia de color entre ambos tejidos.
- Aunque es una técnica de elección, no es la más acertada. Funciona en casos de mínimas dimensiones y sobretodo en sector anterior.
- Esta técnica refleja como todo procedimiento quirúrgico, una tasa de fracaso. En nuestro caso un 30%.
- El autoinjerto gingival incluye 2 zonas quirúrgicas, la donante y la receptora, sin embargo el paladar (donante) cicatriza con mayor rapidez.
- Es una técnica indolora, sin embargo amerita la colaboración del paciente en cuanto a su dieta e higiene.

#### **Recomendaciones**

- Dedicar más tiempo y recursos de estudio a esta técnica para lograr perfeccionarla y así obtener mayor porcentaje de éxito en los casos.
- La sutura de seda negra no es la ideal para suturar este tipo de procedimientos ya que acumula gran porcentaje de biofilm, por lo que se recomienda el uso de suturas tipo vicryl.
- Esta técnica debería siempre acompañarse de terapia antibiótica pos operatorio, para evitar infecciones y pérdida del injerto.
- Los autoinjertos tienen un porcentaje de contracción por lo que debe extenderse un poco más del ancho de la recesión para lograr los objetivos deseados.

## REFERENCIAS

- Arias, F. (2016). *El proyecto de Investigación*. (7° edición). Venezuela. Editorial Episteme.
- Carranza, F. (2014) *Periodontología Clínica de Carranza* (11° edición). Venezuela. Editorial Amolca,
- Chimenes, E. (2009). *Mosby Diccionario de odontología*. (2° edición). España. Editorial Elsevier.
- Grados, S (2007) *.Recubrimiento de la superficie radicular expuesta, definición de recesión gingival, epidemiología, etiopatogenia, clasificación y opciones de tratamiento.* . Consultado el día 15 de abril de 2017 de la World Wide Web: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v21n1/original4.pdf>
- Fernández, R., Hernández, C., y Batista, P. (2010) *Metodología de la investigación* (5° edición). Mexico. Editorial Mc Graw Hill.
- J Dent Tehran. (2016) *Gingival Unit Graft Versus Free Gingival Graft for Treatment of Gingival Recession: A Randomized Controlled Clinical Tria*. Consultado el día 18 de abril de 2017 de la World Wide Web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5376545/>
- J Oral Biol Craniofac Res (2012). *Free gingival autograft for augmentation of keratinized tissue in apical to gingival recession – A case report*. Consultado el día 18 de abril de 2017 de la World Wide Web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3942164/>
- Klein Catherine (2014). *Biotipo periodontal y recesiones gingivales: Prevalencia e indicadores de riesgo en adolescentes entre 15 y 19 años de*

*la ciudad de Santiago*. Consultado el día 18 de abril de 2017 de la World Wide Web: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130466>

Li Wong, Jorge Carlos (2011). “*Recubrimiento radicular*”. Consultado el día 06 de mayo de 2017 de la World Wide Web: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/JORGECARLOSLIWONG.pdf>

Lindhe, J. (2016) “*Periodontología clínica e Implantología odontológica*” (6ta edición). Venezuela. Editorial panamericana.

Lucha Fernandez, V (2008) *Formación dermatológica. La cicatrización de las heridas*”. Consultado el día 13 de agosto de 2017 de la World Wide Web: <http://anedidic.com/descargas/formacion-dermatologica/03/la-cicatrizacion-de-las-heridas.pdf>

Medina, A CM. *Recesión gingival: una de su etiología, patogénesis y tratamiento*. Av Periodon Implantol. 2009; 21, 2:35-43.

Organización Mundial de la Salud (2013). “*Salud Bucodental*”. [Página en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

Portugal, S. (2013). *Manejo de recesiones gingivales con injerto de matriz dérmica acelular*. Consultado el día 03 de abril de 2017 de la World Wide Web: <http://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/379/1/T-UIDE-0358.pdf>

Vicario J y otros (2006) *Técnicas de cirugía mucogingival para el cubrimiento radicular*. Consultado el día 03 de agosto de 2017 de la World Wide Web: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1138-123X2006000100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000100004)

Vieira, D (2013). *Margen Gingival*. Consultado el día 02 de agosto de 2017 de la World Wide Web: [www.propdental.es/blog/odontologia/margen-gingival](http://www.propdental.es/blog/odontologia/margen-gingival)

## ANEXOS

### Anexo A



**Universidad José Antonio Páez.**

**Facultad de ciencias de la salud.**

**Escuela de odontología.**

### Consentimiento Informado

Yo, \_\_\_\_\_ portador de la cédula \_\_\_\_\_. A través de la presente declaro y manifiesto el buen uso de mis facultades mentales libres, espontáneamente y en consecuencia autorizo al Cirujano \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ y a los bachilleres Daniela Balza C.I 24.227.961 y Julián Cabrera C.I 26.019.042, lo siguiente:

1. He sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido/a por los especialistas reseñados.
2. He sido informado/a de las alternativas posibles de tratamiento.
3. Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento médico odontológico, incluyendo realización de estudios radiográficos y analíticos, interconsulta con cualquier otro servicio médico, toma de fotografías y en general cualquier método que sea propuesto para los fines proyectados y para el conocimiento del estado general de mi salud.
4. Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos médicos y quirúrgicos, y que en mi caso la duración de estos fenómenos , no está determinada pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la medicina no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías exactas sobre los resultados del tratamiento proyectado.

5. Además de esta información que he recibido, seré informado/a en cada momento y a mi requerimiento de la evolución de mi proceso, de manera verbal y/o escrita si fuera necesario como criterio del Odontólogo.
6. Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención autorizo al cirujano bucal a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta der las proyectadas o usuales a su juicio estimase oportuna para la resolución, en su caso, de la complicación surgida.
7. Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una higiene oral escrupulosa y con visitas periódicas para mi control clínico , siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados.
8. A continuación me informan sobre las complicaciones que se pueden presentar en los procedimientos de anestesia: dolor en los sitios de punción, multipunciones vasculares “moretones” por punción vascular. Lesión de las mucosas de la boca,ronquera y/ o dolor de garganta, depresión respiratoria, respuesta adversa a los medicamentos, reacciones de anafilaxia. Adición de efectos indeseables. Imposibilidad para oxigenar correctamente al paciente, aspiración de material contenido en el estómago, daño cerebral u orgánico, así como complicaciones severas que puedan conllevar al fallecimiento.
9. Doy mi consentimiento al cirujano bucal y los bachilleres antes nombrados a realizar el tratamiento pertinente puesto que entiendo que es de mi propio interés.

---

**Firma y cedula del paciente**

**Firma del cirujano**

Valencia, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_, de 2017.

**Anexo B**



**Universidad José Antonio Páez.**

**Facultad de ciencias de la salud.**

**Escuela de odontología.**

**Historia Clínica. Nro. Paciente: \_\_\_\_\_**

**1. Datos personales**

**Nombres y apellidos:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Cédula de identidad:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**2. Antecedentes personales y familiares:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3.**

<b>Nivel de Inserción clínica</b>				
<b>Preoperatorio:</b>		<b>Posoperatorio:</b>		
<b>Clasificación de la recesión gingival</b>				
<b>Clase I:</b>	<b>Clase II:</b>	<b>Clase III:</b>	<b>Clase IV:</b>	

**4. ¿Paciente conforme con los resultados obtenidos, responda Si o No? \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
**Firma de paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma de tutor**

## Anexo C



Universidad José Antonio Páez.

Facultad de ciencias de la salud.

Escuela de odontología.

**Tabla de datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos.**

Paciente	Edad	Sexo	5 Zona	6 Control de placa	7 Sondaje (mm)	8 Inserción (mm)	9 Sangrado	10 Edema
#1								
#2								
#3								
#4								
#5								
#6								
#7								
#8								
#9								
#10								

### Anexo D Operacionalización de las variables

OBJETIVO GENERAL	VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO
Aplicar autoinjerto gingival libre como tratamiento de recesión gingival en pacientes que acuden a la Clínica Natural Valencia en periodo mayo-septiembre 2017.	Autoinjerto gingival libre	Crear una banda adecuada de encía insertada para detener procesos de recesión gingival progresiva.	Biocompatibilidad	Cicatrización Vascularización	3,9,10	
			Estética	Color Posición	4,5	
			Función	Nivel de inserción Recubrimiento radicular	4,7,8	
	Recesión gingival	Desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte con la exposición de la superficie radicular al ambiente oral.	Clase I	No se extiende a la unión mucogingival No hay pérdida ósea ni de tejido blando en el área interdental.	3,7,8	
			Clase II	Se extiende hasta la unión mucogingival más allá. No hay pérdida ósea ni de tejido blando en el área interdental.	3,7,8	
			Clase III	Se extiende hasta la unión mucogingival más allá. Hay pérdida ósea y tejido blando en el área interdental.	3,7,8	
			Clase IV	Se extiende hasta la unión mucogingival más allá. Hay pérdida ósea y de tejido blando grave en el área interdental	3,7,8	

## Anexo E



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

### FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

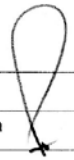
A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TÍTULO DEL TRABAJO: Autogesto general de la boca como tratamiento de resacas  
AUTORES: Balza Daniela y Cabrera Julian general

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD (redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISION		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	dejar	modificar	quitar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:  
 APLICABLE: X NO APLICABLE: \_\_\_\_\_  
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

DATOS DEL EXPERTO			
Nombre y Apellido	C.I	Firma	
<u>PABLO MANSAL</u>	<u>9879589</u>		
Profesión <u>odontólogo</u>	Nivel Académico <u>IV</u>	Fecha	<u>30/08/2017</u>

## Anexo F

### FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TÍTULO DEL TRABAJO: Autismo general leve como tratamiento de recesión general  
 AUTORES: Baly Daniela y Calavera Julian

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD (redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISION		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	dejar	modificar	quitar
1	X		X		X		X		
2	X		X		X		X		
3	X		X		X		X		
4	X		X		X		X		
5	X		X		X		X		
6	X		X		X		X		
7	X		X		X		X		
8	X		X		X		X		
9	X		X		X		X		
10	X		X		X		X		

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

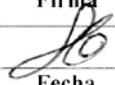
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE:  NO APLICABLE: \_\_\_\_\_

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
Heylen Alvarez	13900875	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
odontologo	especialista	

## Anexo G

### FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TITULO DEL TRABAJO: Autogénesis general sobre como tratamiento de resaca  
 AUTORES: Balza Daniela y Cobura Julian geny

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD (redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISION		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	dejar	modificar	quitar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE:  NO APLICABLE:

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES:

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
Elizabeth Villegas	19.605.613	Elizabeth Villegas
Profesión	Nivel Académico	Fecha
Od. Cirujía Bucal	III	20/09/2017

Od. Elizabeth Villegas  
 CIRUGIA BUCAL  
 MPPS 32 972 COV 32 ROC