



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

***REPOSICIÓN CORONAL CON INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO. CASO  
CLÍNICO***

Autores:

Br. Sabrina Valladares

Br. Rosmary Rojas

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**



**REPOSICIÓN CORONAL CON INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO. CASO CLÍNICO**

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Odontólogo General.

Autores:

Br. Sabrina Valladares

Br. Rosmary Rojas

Tutor: Dra. Romelia Rueda

San Diego, Octubre 2023



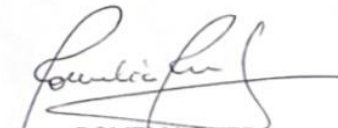
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



### CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Proyecto, elaborado por los ciudadanos **Rosmary Rojas** y **Sabrina Valladares**, titulares de la cédula de identidad N° **V. 29.957.112** y **V. 29.750.617**, respectivamente, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **REPOSICIÓN CORONAL CON INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO. CASO CLÍNICO**, adscrito a la línea de investigación: **la línea de investigación odontología clínica y correctiva de la Universidad José Antonio Páez**, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto y de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los 11 días del mes de Octubre del año dos mil 23

  
ROMELIA RUEDA  
CIV- 4457113



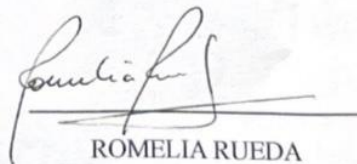
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA  
DEL TRABAJO DE GRADO**

Romelia Rueda, portador(a) de la cédula de identidad N° V. 4.457.113, en mi carácter de tutor(a) del trabajo de grado presentado por el(la) los ciudadano(a) Rosmary Rojas y Sabrina Valladares, portador(es) de la cédula de identidad N° V. 29.957.112 y V. 29.750.617 titulado **“REPOSICIÓN CORONAL CON INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO. CASO CLÍNICO”**, presentado como requisito parcial para optar al título de ODONTOLOGO, 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 días 13 del mes de Octubre del año dos mil 23

  
ROMELIA RUEDA



### ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado **“REPOSICIÓN CORONAL CON INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO. CASO CLÍNICO”**, realizado por las ciudadanas **Sabrina Valladares y Rosmary Rojas**, titulares de la cédula de identidad 29.750.617 y 29.957.112, respectivamente. Cursantes de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar que después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su **aprobación**.

En San Diego, a los trece días del mes de Noviembre del año dos mil veintitrés

Jurado

Nombre: *Alejandra González*  
C.I.: 7223995



Jurado

Nombre: *Patricia Rodríguez*  
C.I.: 38747807

Tutor Académico:  
Nombre: *Romelio Rueda*  
C.I.: 4458113

## DEDICATORIA

**A Dios**, por ser mi pilar durante este camino, quien me ha levantado de momentos difíciles y me ha recordado que, si me propongo algo, lo voy a lograr de su mano.

**A mis padres, Juan Luis y Edilia**, quienes son mi orgullo, por acompañarme durante toda la vida y brindarme su apoyo incondicional, por motivarme cada día a ser mejor persona y mejor profesional, quienes me inculcaron valores que me hacen ser quien soy el día de hoy. Son mi vida.

**A mi hermano, Juan Sebastián**, quien me enorgullece cada día más de la persona que es, por verme crecer y enseñarme de la vida, por siempre cuidarme por ser su hermanita menor, por aconsejarme y estar siempre de mi lado.

**A mi madrina, María Andreina**, por ser mi fuente de inspiración desde pequeña, y con su esposo **Carlos Giusti**, por siempre estar dispuestos a compartir sus conocimientos conmigo, y por ser grandes guías y apoyos durante mi carrera profesional, a quienes en poco tiempo podré llamar "colegas".

**A mis abuelitos, Juan, Josefina y Regina**, por siempre estar pendientes de mí y brindarme mucho amor, y mi abuelito **Kiko**, quien está cuidándome en el cielo.

**A Paul**, quien ha sido mi soporte incondicional durante la carrera, a quien admiro muchísimo, quien me ayuda a levantarme cuando las cosas se ponen difíciles, y quien me recuerda que todo es posible, con esfuerzo y dedicación.

**A mis profesores**, que me he llevado un pedacito de cada uno de ellos, por tenerme fe y enseñarme siempre con mucho amor y dedicación.

**Sabrina Valladares T.**

## **DEDICATORIA**

**A mi papá, Donald Rojas**, pilar principal y apoyo incondicional durante toda esta trayectoria, y aunque ya no me acompaña físicamente, siempre estará presente en mí, todo esto es gracias a su gigante amor y esfuerzo

**A mi mamá, Maria Alejandra Lucena**, compañera y amiga que siempre me brindó las fuerzas en momento de flaqueza, pilar fundamental en mi camino siempre

**A mi prima Mariela Rojas**, por sembrar en mí el amor por la odontología y compartir siempre sus conocimientos para crecer profesional

**Rosmary Rojas**

## AGRADECIMIENTOS

**A Dios**, ya que gracias a él hemos llegado a donde estamos, nos ha llenado de fuerzas durante todo este camino y por recordarnos que todo es posible con esfuerzo y dedicación.

**A nuestros padres**, quienes son nuestros ejemplos a seguir, que nos han acompañado no solo en cada momento de esta carrera, sino que también nos han acompañado a lo largo de nuestras vidas.

**A nuestro profesor Andrés León**, a quien le guardamos mucho cariño por brindarnos su ayuda, conocimientos, esfuerzo, dedicación y su tiempo, por estar a nuestro lado en cada paso de este proyecto tan maravilloso, y sobre todo por su ayuda incondicional.

**A nuestra tutora Romelia Rueda**, por ser nuestra tutora a lo largo de este proyecto, aconsejarnos, brindarnos su apoyo y conocimientos en este proyecto.

**A la universidad y facultad de odontología**, por ser nuestra casa de estudio durante estos años, la cual nos permitió desarrollar nuestros conocimientos para poder formarnos como profesionales.

**Sabrina Valladares y Rosmary Rojas.**

## ÍNDICE GENERAL

<b>CONTENIDO</b>	<b>pp.</b>
Aceptación del Tutor	iii
Constancia de aprobación para la presentación publica	iv
Acta de aprobación del Trabajo de Grado	v
Dedicatorias	vi
Agradecimientos	viii
Índice General	ix
Resumen Informativo	xii
Informative Summary	xiii
Introducción	1
<b>1. CAPÍTULO I EL PROBLEMA</b>	<b>2</b>
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivo general	4
1.4 Objetivos específicos	4
1.5 Justificación	5
1.6 Alcance y limitaciones	5
<b>2. CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
2.1 Antecedentes de la investigación	7
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Bases legales	13
2.4 Definición de términos	16
<b>3. CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>17</b>
3.1 Nivel de profundidad de la investigación	17
3.2 Diseño y tipo de investigación	17
3.3 Procedimiento metodológico	18
3.3.1 Descripción y diagnóstico del paciente	18
3.3.2 Procedimiento de reposición coronal	18
3.3.3 Evolución del paciente	19
<b>4. CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>20</b>
Análisis y presentación de resultado	20

<b>CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	28
	28
<b>Conclusiones</b>	28
<b>Recomendaciones</b>	30
<b>REFERENCIAS</b>	
<b>ANEXO</b>	

## **LISTA DE GRÁFICOS Y FIGURAS**

<b>CONTENIDO</b>	<b>PP</b>
Figura 1 <b>Lesión en la lengua que se utilizó como injerto</b>	20
Figura 2 <b>Aplicación de la Anestesia</b>	21
Figura 3 <b>Zona periimplantaria</b>	22
Figura 4 <b>Sutura en la lengua.</b>	23
Figura 5 <b>Evolución del paciente a los 21 días.</b>	24
Figura 6 <b>Evolución del paciente al mes y 14 días</b>	24



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



**REPOSICIÓN CORONAL CON INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO. CASO CLÍNICO**

**Autor(a):** Rosmary Rojas y Sabrina Valladares

**Tutor(a):** Romelia Rueda

**Línea de investigación:** Odontología Clínica y correctiva

**Fecha:** Noviembre 2023.

**RESUMEN INFORMATIVO**

**Introducción:** Las recesión gingival es una problemática periodontal muy frecuente en la actualidad. La cirugía correctiva para las recesiones es una de las metas de la terapia periodontal; por ello diferentes procedimientos quirúrgicos como el colgajo posicionado coronal, con injerto de tejido conectivo, ha sido descrito como un método efectivo para el cubrimiento de superficies radiculares expuestas. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de la reposición coronal con injerto de tejido conectivo en paciente tratado en consultorio privado. **Método:** Se presenta un caso clínico de una paciente femenina de 40 años de edad con recesiones gingivales en la arcada inferior, donde se realizará un injerto de tejido conectivo y se observará la evolución del tratamiento con respecto a funcionalidad y estética. **Resultados:** Después de analizar e interpretar los resultados y compararlos con las bases teóricas que respaldan este reporte de caso, se pudo concluir que el injerto de tejido conectivo es una técnica eficaz y novedosa al momento de tratar recesiones gingivales, ya que dicho tratamiento logra cubrir en su totalidad la exposición radicular existente y garantiza el éxito de la funcionalidad y estética. El tratamiento logró resultados satisfactorios, se obtuvo la efectividad que se esperaba ya que la recesión gingival de la unidad dentaria 32 está totalmente cubierta por encía. Con base en la información anterior, en este caso clínico donde se diagnosticó la recesión gingival, se realizó el tratamiento mediante un injerto de tejido conectivo en la UD 32 y se logró una evolución satisfactoria en 21 días, con raíz completamente cubierta, el color es completamente similar al original, demostrando que el tratamiento es seguro.

**Descriptor:** Recesión gingival, cirugía plástica periodontal, terapia post ortodóntica, colgajo posicionado coronal, injerto de tejido conectivo



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



## REPOSICIÓN CORONAL CON INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO. CASO CLÍNICO

**Autor(a):** Rosmary Rojas y Sabrina Valladares

**Tutor(a):** Romelia Rueda

**Línea de investigación:** Odontología Clínica y correctiva

**Fecha:** Noviembre 2023

### INTORMATIVE SUMMARY

**Introduction:** Gingival recession is a very common periodontal problem today. Corrective surgery for recessions is one of the goals of periodontal therapy; For this reason, different surgical procedures such as the coronally positioned flap, with connective tissue graft, have been described as an effective method for covering exposed root surfaces. **Objective:** To evaluate the effectiveness of coronal repositioning with connective tissue graft in a patient treated in a private office. **Method:** A clinical case of a 40-year-old female patient with gingival recessions in the lower arch is presented, where a connective tissue graft will be performed and the evolution of the treatment will be observed with respect to functionality and aesthetics. **Results:** After analyzing and interpreting the results and comparing them with the theoretical bases that support this case report, it was concluded that connective tissue grafting is an effective and novel technique when treating gingival recessions, since said treatment manages to cover in its entirety the existing root exposure and guarantees the success of functionality and aesthetics. The treatment achieved satisfactory results; the expected effectiveness was obtained since the gingival recession of dental unit 32 is completely covered by gum. Based on the above information, in a clinical case where it was diagnosed that the gingival recession had extended to the mucogingival junction, treatment was performed using a connective tissue graft in UD 32 and a satisfactory evolution was achieved in 21 days. With completely covered root, the color is completely similar to the original, proving that the treatment is safe.

**Descriptors:** Gingival recession, periodontal plastic surgery, post-orthodontic therapy, coronally positioned flap, connective tissue graft

## INTRODUCCIÓN

Con el fin de corregir irregularidades en la posición o recesión de las encías que rodean los dientes, la cirugía mucogingival es un procedimiento quirúrgico plástico, dado que la cirugía mucogingival ahora abarca la corrección de la forma y la estética de los tejidos blandos, además del tratamiento tradicional de problemas relacionados con los tejidos blandos, el término cirugía plástica periodontal puede ser más apropiado.

La recesión gingival es uno de los problemas periodontales más comunes en la sociedad actual. Se puede definir la recesión como un cambio en la posición del margen de gingival, con migración hacia apical de la localización de la unión cemento-esmalte con la subsecuente exposición oral de la superficie de raíz. La etiología de la recesión gingival es compleja. Puede ser causada por lesiones traumáticas y destructivas a causa de enfermedad periodontal. Para el éxito en el tratamiento de la cobertura de raíz, existen diversos procedimientos periodontales y diversas técnicas quirúrgicas destinadas a cubrir superficies radiculares expuestas, entre estas tenemos: el injerto de tejido conectivo subepitelial, que fue introducido como una alternativa terapéutica mucogingival, aumentando así la predictibilidad para cubrir grandes recesiones gingivales localizadas, debido a que esta técnica está diseñada para maximizar el suministro sanguíneo al injerto, por un lado el periostio y por otro el colgajo que cubre el injerto, además combina las ventajas del injerto gingival libre y el colgajo pediculado.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del Problema

Encarar el tema odontológico aún produce temor y genera una serie de reacciones fóbicas en un gran porcentaje de la población. Es de descartar que estos temores conducen a no acudir a la consulta odontológica a tiempo, sino sólo ante una extrema urgencia de dolor o una urgencia estética, es por ello que muchas de las veces, estos pacientes por su despreocupación y desmotivación para mantener la salud bucal adecuada conllevan a la formación de alteraciones en los tejidos blandos. Esto revela un importante problema para la salud general de los mismos, afectando patrones estéticos, perdiendo armonía dental, entre otros. Pero para ello nace como solución a este gran problema, los injertos de tejido conectivo. Las recesiones gingivales se definen como la ubicación del margen gingival libre apical a la unión cemento esmalte, dicha unión evita el paso de restos alimenticios entre la encía y el diente, además, protege y le brinda soporte a los dientes (1). En dientes y encías sanas el tejido blando abraza al diente firmemente. El hecho de que el margen gingival esté hacia apical, es decir, lejos de la corona, se expone partes del diente que no están hechas para soportar la exposición a bacterias, ácidos y azúcares de la misma forma que lo está la capa del diente llamada esmalte. Esto puede conllevar al paciente a presentar hipersensibilidad, caries dental, compromiso estético, entre otros (2).

Cuatro factores están involucrados en el desarrollo de la recesión gingival: factores anatómicos (falta de encías queratinizadas, inserción muscular cerca del margen gingival, desalineación de los dientes y extrusión de las raíces); factores asociados con enfermedades inflamatorias (enfermedad de las encías causada por placa, periodontitis); Factores asociados a la iatrogenia (prótesis, ortodoncia); Factores relacionados con el trauma (cepillado o traumas) (3).

A menudo es notable la presencia de recesiones gingivales en pacientes con tratamiento ortodóncico, debido a que el movimiento ocasionado por la aparatología afecta directamente el periodonto. Estudios clínicos han relacionado la aparición de recesiones y defectos mucogingivales con biotipos periodontales finos, pero también a ciertos movimientos ortodóncicos. Ambos, el biotipo periodontal y el movimiento ortodóncico a realizar son los principales factores que se deben analizar antes de iniciar el tratamiento (4).

La etiología se debe a factores predisponentes y factores desencadenantes. Entre los factores predisponentes se encuentran: corticales delgadas, dehiscencias y fenestraciones, biotipo gingival delgado, mal posiciones dentarias, ausencia de profundidad del vestíbulo, ausencia de encía insertada o queratinizada. Los factores desencadenantes son la inflamación asociada a placa dental, cepillado dental intenso e inadecuado, trauma oclusal y movimiento ortodóncico fuera del límite del proceso alveolar. Sin embargo, se debe reconocer que las principales causas que contribuyen a la recesión gingival son el trauma provocado por el cepillado y las lesiones gingivales relacionadas con la placa bacteriana (5).

Actualmente, nuevas modalidades y modificaciones de tratamientos están constantemente siendo propuestas e introducidas para la rehabilitación de los pacientes con recesiones gingivales. Para tal caso existen diversos procedimientos quirúrgicos que pueden ser empleados para lograr la reposición coronal. Para esta problemática, se han propuesto una serie de técnicas quirúrgicas, de las cuales se pueden mencionar: Autoinjertos pediculados; Autoinjertos de tejidos blandos libres; Técnicas quirúrgicas basadas en regeneración tisular guiada con membranas reabsorbibles o no reabsorbibles; Injerto dérmico acelular (6).

En vista de que el tratamiento de esta problemática es quirúrgico y de que existen varias técnicas quirúrgicas mediante colocación de injertos de tejido conectivo para solucionar una recesión gingival de acuerdo a su localización y extensión, la presente investigación pretende analizar la efectividad de las técnicas empleadas para el tratamiento quirúrgico de una recesión gingival según publicaciones científicas realizadas en los últimos cinco años, siendo de interés ampliar los conocimientos sobre los avances existentes en la actualidad.

## **1.2 Formulación del Problema**

¿Cuál es la efectividad de la reposición coronal con injerto de tejido conectivo en paciente tratado en consultorio privado?

## **1.3 Objetivo General**

Evaluar la efectividad de la reposición coronal con injerto de tejido conectivo en paciente tratado en consultorio privado.

## **1.4 Objetivos Específicos**

- Diagnosticar la recesión gingival de la paciente
- Implementar el protocolo de reposición coronal con injerto de tejido conectivo con su respectiva documentación
- Evaluar el proceso evolutivo del tratamiento realizado

### **1.5 Justificación del problema**

Se considera que este estudio es de suma importancia, ya que, en la actualidad existe mucha desinformación acerca de las consecuencias o efectos secundarios que conlleva las fuerzas resultantes de un tratamiento ortodóntico. Lo que se pretende a futuro es poder detectar a tiempo dichas recesiones con el fin de evitar un desequilibrio dental y posibles dolencias o sensibilidades. Es primordial informar a las personas cuáles son los factores que ocasionan esta alteración para así mejorar los hábitos de higiene oral. Este trabajo se encuentra bajo la línea de investigación odontología clínica y correctiva de la Universidad José Antonio Páez.

### **1.6 Limitaciones y alcances**

La presente investigación será desarrollada como un reporte de caso clínico en donde la información de soporte será obtenida directamente del paciente quien será el que provee los datos. El mismo, será atendido en un consultorio privado ubicado en Naguanagua en un periodo de tiempo entre agosto y septiembre del presente año. El siguiente trabajo se elaborará con el fin de determinar ciertos factores causantes de las recesiones gingivales, como lo es el tratamiento ortodóntico. Así mismo, se busca

evaluar la reacción y la evolución de la colocación de injerto de tejido conectivo en un paciente con recesión gingival.

Si bien es cierto que las recesiones gingivales son ocasionadas por múltiples factores mencionados anteriormente, este estudio está orientado a profundizar sobre el tratamiento ortodóntico y sus fuerzas resultantes como motivo principal, por ende, el presente estudio se realiza con el fin solucionar la recesión gingival ocasionada por fuerzas resultantes de un tratamiento ortodontico, en donde la solución planteada es un injerto de tejido conectivo.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes**

Los antecedentes que a continuación se describen han sido organizados en orden cronológico desde el más antiguo al más reciente.

Sardury y col. (2018) en una investigación titulada “Tratamiento de recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo” realizada en la facultad de estomatología de Villa Clara, Cuba, tuvo como objetivo evaluar los resultados del tratamiento de la recesión periodontal mediante el injerto libre de encía y colgajo de reposición coronal asociado a tejido conectivo subepitelial. Para ello realizaron una investigación descriptiva, longitudinal y prospectiva. La población estuvo constituida por 82 pacientes que presentaban recesiones periodontales y requerían del procedimiento de reposición coronal mediante la técnica del injerto libre de encía y colgajo de reposición coronal asociado a tejido conectivo subepitelial. La técnica de recolección de datos fue el muestreo, de la población se extrajeron 45 pacientes como muestra. Los resultados arrojaron que cuando se combinaron un colgajo de reposición coronal y un injerto de tejido conectivo subepitelial, el porcentaje de cobertura radicular aumentó. Este método permitió una integración total, así como una mayor ganancia de encía insertada que creció con el tiempo (7).

Novaes (2019), publicó una investigación titulada “Experimental and clinical studies on plastic periodontal procedures”, tuvo como objetivo lograr mejoras en lo que ahora

se llama "La estética rosa", además de lograr buenos resultados, estos procedimientos buscan obtener un grado de equilibrio entre función y estética, además a medida que las 10 rehabilitaciones de implantes se convirtieron en parte del arsenal periodontal, como conclusiones afirman que algunos factores, de naturaleza anatómica (14), favorecen la formación de recesión gingival pero aún es el proceso inflamatorio que es responsable del desarrollo de las recesiones de la raíz; los colgajos pediculares, especialmente el colgajo en posición coronal, son extremadamente versátiles y son las técnicas más predecibles para procedimientos de cobertura, especialmente cuando se combina con injerto de tejido conectivo y / o injertos alogénicos, el injerto de tejido conectivo subepitelial se considera la primera opción para aumentar la encía ancho y grosor y puede proporcionar mejores resultados a largo plazo en la raíz procedimientos de cobertura (8).

Pin-Chuan (2020), publicó un trabajo de investigación titulado Aloinjertos y xenoinjertos para procedimientos quirúrgicos plásticos periodontales que tuvo como objetivo evaluar la efectividad de los aloinjertos y xenoinjertos en procedimientos plásticos periodontales. Afirman que: La selección de técnicas quirúrgicas y materiales de injerto es, un componente crítico en el tratamiento de los defectos de recesión gingival; el procedimiento de injerto subepitelial de 12 tejido conectivo, el estándar de oro, ha demostrado consistentemente que muestra una excelente cobertura de la raíz, pero la disponibilidad limitada de tejido palatino y la morbilidad potencial asociada con el proceso de recolección empujan a los profesionales dentales a buscar una

alternativa; lo mismo es válido para los tejidos periimplantarios: aunque los injertos autógenos han servido bien para nuestro propósito, se prefieren alternativas que puedan lograr resultados similares mientras se evita una segunda herida intraoral (los sitios donantes) (9).

Cruz (2020) publicó un artículo titulado “Tratamiento de recesiones gingivales con injerto de tejido conectivo subepitelial y técnica del sobre: reporte de caso”, el cual tuvo como objetivo describir el uso de la técnica con injerto de tejido conectivo subepitelial en el tratamiento de dos recesiones gingivales clase I y II de Miller localizadas en 44 y 45. En este caso se trató a un paciente masculino de 50 años de edad que acudió al servicio de Periodoncia de la Clínica estomatológica, en Matanzas, Cuba, por “cambio de posición de la encía en algunos dientes”. Se realizó injerto de tejido conectivo subepitelial y colgajo desplazado coronal. A los quince días, en zona receptora, existía edema, cobertura radicular completa del 45 y 2 mm de raíz expuesta en 44. A los seis meses, mejoró condición periodontal del 44. Y como resultado se obtuvo que esta técnica logró resultados satisfactorios en el tratamiento de las recesiones gingivales de 44 y 45 (10).

Cruz y col. (2020) publicaron una presentación de caso titulado “injerto de tejido conectivo subepitelial y colgajo reposicionado coronal modificado para tratamiento de recesiones periodontales”, realizado en Cuba, cuyo objetivo fue describir los resultados clínicos obtenidos al realizar en recesiones periodontales múltiples, injerto de tejido conectivo subepitelial cubierto por colgajo reposicionado coronal modificado. Para ello se realizó el procedimiento en un paciente masculino de 43 años de edad, con el

propósito de evaluar la efectividad de la técnica en las unidades dentarias 13, 53 y 14. Se habla de que varios autores reconocen la técnica empleada como muy predecible y estable a largo plazo. En ella el aporte sanguíneo está menos comprometido, provee mimetismo de color y aumenta el grosor gingival, lo que previene recidiva de la recesión. Los resultados expresan que la técnica empleada logró el objetivo deseado, es decir, cubrió totalmente la superficie radicular de las UD 12 y 53, y parcialmente la superficie radicular de la UD 14 (11)

Dichos estudios demuestran, mediante los métodos aplicados y resultados obtenidos, el gran índice de efectividad de la técnica de reposición coronal con injerto de tejido conectivo, por lo que, siendo esa la técnica a implementar en este caso clínico, se espera obtener resultados exitosos.

## **2.2 Bases Teóricas**

### **Recesión gingival**

La recesión del tejido marginal gingival es definida como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte con la exposición de la superficie radicular al ambiente oral. (12). Otros autores la definen como la migración apical del margen gingival a lo largo de la superficie radicular. Carranza afirma que la recesión consiste en la exposición de la superficie radicular por una desviación apical en la posición de la encía. Para comprender cuál es su significado, es preciso diferenciar entre las posturas real y aparente de la encía. La posición real corresponde al nivel de la inserción epitelial en el diente, mientras que la aparente es la altura de la cresta del margen gingival, así la posición real de la encía, no su ubicación aparente, determina la

gravedad de la recesión. La encía que presenta recesión se encuentra a menudo inflamada, pero puede ser normal excepto por su posición (13). La recesión se localiza en ocasiones en un diente en una sola superficie, en un grupo de dientes o puede generalizarse a través de la boca (14).

### **Clasificación de la Recesión Gingival**

La clasificación más utilizada es la propuesta por Miller en 1985. En realidad, es una clasificación morfológica enfocada en el pronóstico del cubrimiento radicular. Se basa en la posición del margen gingival en relación a la línea mucogingival y el tejido perdido interproximal (16).

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

Clase I = Migración apical de la encía pero que no pasa la unión mucogingival y mantiene a las papilas sanas (16).

Clase II = Migración apical de la encía que si pasa la unión mucogingival y mantiene a las papilas sanas (16).

Clase III = Migración apical de la encía que puede o no pasar la unión mucogingival y genera una pérdida leve del tejido interproximal (16).

Clase IV = Migración apical de la encía que puede o no pasar la unión mucogingival y genera una pérdida severa del tejido interproximal (16).

### **Causas de la Recesión Gingival**

Factores como la higiene bucal, trauma oclusal, cepillado dental, márgenes subgingivales son los principales causantes de las recesiones gingivales, en este caso, los movimientos no controlados de un tratamiento ortodóntico fue el causante de las

recesiones gingivales en la paciente, por lo que a continuación se describe detalladamente.

- **Tratamiento ortodóntico**

Se denominan tratamientos de ortodoncia a todos aquellos procesos de corrección de la posición dentaria para mejorar la estética, la oclusión y la funcionalidad de los mismos (12). La movilización de los dientes durante el tratamiento de ortodoncia incluye procesos químicos, físicos y mecánicos. La aplicación de fuerza inicia una serie de eventos que hacen que el diente se mueva de su posición inicial. Existen varias teorías o hipótesis que intentan explicar el proceso de activación del sistema de remodelación ósea, pero aún se está investigando para entenderlo en detalle. El movimiento dentario en sí requiere la remodelación del hueso alveolar, incluidos los pasos de reabsorción y colocación del hueso (13). Debido a que los pacientes que se someten a un tratamiento de ortodoncia tienen dificultades para mantener la higiene bucal, es más probable que desarrollen algún tipo de afectación gingival en algún momento durante el tratamiento, como una inflamación gingival debido a la formación de placa Y la recesión gingival como resultado de las fuerzas del tratamiento de ortodoncia (14).

- **Injerto de tejido conectivo**

Es un método que se aplica en tratamientos de recesiones gingivales. El injerto de tejido conjuntivo subepitelial es un procedimiento diseñado para maximizar el flujo de sangre al injerto, el periostio por un lado y el colgajo que cubre el injerto por el otro. Ofrece

muchas ventajas sobre los injertos gingivales libres, ya que el resultado es más estético debido a la uniformidad del color en comparación con el tejido adyacente a la zona receptora. Este método permite una curación muy rápida y la eliminación de grandes cantidades de tejido conectivo de la boca, con mínimas molestias para el paciente. Fue introducido como una alternativa terapéutica mucogingival, aumentando así la predictibilidad para cubrir grandes recesiones gingivales localizadas (15).

### **2.3 Bases Legales**

**Dentro de la Constitución De La República Bolivariana De Venezuela (1999) 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” (17).

Este artículo nos muestra la salud en Venezuela como un derecho fundamental e irrenunciable dentro del territorio venezolano, considerando las posibles implicaciones tanto físicas como emocionales que pueden ocasionar las anomalías dentarias y los defectos del tubo neural, se asume este artículo como sustento legal por su importancia dentro del sistema de salud pública, al cual se suscribe la odontología.

**La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) en su Artículo 46, numeral 3** menciona que: “Toda persona tiene derecho a que se respete su

integridad física, psíquica y moral; en consecuencia” 3. Ninguna persona será sometida sin su libre consentimiento a experimentos científicos, o a exámenes médicos o de laboratorio, excepto cuando se encontrare en peligro su vida o por otras circunstancias que determine la ley” (18).

El presente artículo tiene relación con la investigación ya que vamos a evaluar, relacionar y analizar las manifestaciones clínicas existentes desde el punto de vista de salud sistémica de la paciente afectada con defectos del tubo neural y sus manifestaciones bucales, previamente con el consentimiento informado de sus representantes.

**Código de Deontología Odontológica (1992) en el artículo 47** dice: “Para los efectos de este código la historia clínica comprende: a) los elementos subjetivos y objetivos suministrados por el paciente, b) las aportaciones del profesional tratante (identificación de los hallazgos, interpretaciones y correlaciones). c) las contribuciones (anotaciones correspondientes) si es que existieran, de los profesionales que colaboran con el diagnóstico y tratamiento del paciente. d) La documentación relativa, a las exploraciones complementarias realizadas: exámenes de laboratorio, radiografías, estudios histopatológicos e informe” (19).

Con respecto al artículo antes mencionado, se relaciona con la presente investigación, ya que el profesional de la salud (odontólogo) debe cumplir en su máxima obligatoriedad con el correcto llenado de la historia clínica de cada paciente que acuda a la consulta odontológica, tiene relación este artículo con nuestra investigación porque

necesitamos el correcto llenado de historia y la debida recolección de información para poder llevar a cabo una investigación de calidad.

**Ley Orgánica de la Salud (1998) en su artículo 69:** “Recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a la salud y al tratamiento de una enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado entre las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de una intervención que suponga riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa y en caso de extrema urgencia” (19).

En lo referente a este artículo cabe destacar, que todo paciente debe recibir la información necesaria de los tratamientos a realizar, sus riesgos, beneficios y algunas otras opciones de tratamientos necesarios, según sea el diagnóstico encontrado en cualquier paciente, en este caso por ser un paciente menor de edad se le comunicará a sus padres y representantes, así como también a la paciente.

**Ley del ejercicio de la odontología (1943) en el Artículo 16 redacta.:** Los profesionales que ejerzan la odontología deberán estar debidamente capacitados y legalmente autorizados según esta Ley para prestar sus servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración para la solución de los problemas de salud pública creados por las enfermedades bucodentarias, y cooperar con los demás profesionales de la salud en la atención de aquellos enfermos que así lo requieran (20).

El artículo plasmado anteriormente hace referencia a que el odontólogo asignado para dicho procedimiento que se realizará en el presente caso deberá estar capacitado y autorizado ante la ley para llevar a cabo la intervención odontológica.

## **2.4 Definición de Términos Básicos**

Autoinjerto: Injerto tomado de una parte del organismo del individuo e implantado (trasplantado) en otra parte del organismo del individuo (21).

Encía: Cubierta fibrosa y mucosa de las apófisis alveolares, crestas o gingivas. Tejido fibroso que recubre directamente los dientes (21).

Margen gingival: Cresta o punta de tejidos gingivales que forma la pared del surco gingival. (21).

Tejido conectivo: Tejido de sostén y unión de otros tejidos del organismo; deriva del mesodermo; según sea su localización y función, está compuesto por fibroblastos, células mesenquimatosas primitivas, fibras colágenas y fibras elásticas, asociándose a ellos los vasos sanguíneos y linfáticos, así como las fibras nerviosas (21).

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLOGICO**

#### **3.1 Tipo o modalidad de investigación**

El tipo de investigación que se efectuó es un caso clínico, lo que se entiende como un estudio detallado de un tema específico, el cual se caracteriza por indagar sobre el problema planteado para así obtener una solución con el fin de analizar uno o varios

casos. Un estudio de caso es una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes (22).

### **3.2 Nivel de profundidad de la investigación**

El nivel de investigación se refiere al grado de profundidad con que se aborda un fenómeno u objeto de estudio. Por ende, el nivel de profundidad de la presente investigación es de tipo descriptiva, la cual se caracteriza por ser observacional, por la creación de preguntas y análisis de datos que se llevarán a cabo sobre el tema de estudio.

### **3.3 Diseño de la investigación**

El diseño de esta investigación es de tipo cuasiexperimental y longitudinal, ya que esto implica tomar datos del paciente en varias ocasiones, en este caso, se debe evaluar al paciente, determinar el tratamiento para corregir el problema, ejecutar dicho tratamiento y hacer el seguimiento de la evolución del paciente. En base a lo anteriormente dicho, el procedimiento a seguir será el siguiente:

#### **3.3.1 Descripción y diagnóstico del paciente**

Se utilizó como técnica instrumento de recolección de datos la historia clínica, anamnesis, radiografía panorámica, fotos extraorales e intraorales, las cuales sirven de aporte para describir las características clínicas odontológicas iniciales del paciente; dichas características comprenden a una paciente femenina 40 años de edad que presenta recesiones gingivales inducida por tratamiento ortodóntico, sin presencia de enfermedad sistémica. Se determinó la recesión gingival por medio de un protocolo de

diagnóstico midiendo dichas recesiones con una sonda periodontal obteniendo la medida inicial como también la medida post tratamiento con ayuda de las fotos intraorales, la sonda periodontal y los datos de la historia clínica, exámenes complementarios además de la evaluación clínica para poder llevar a cabo el estudio de igual forma la revisión bibliográfica para poder realizar el análisis correspondiente al caso.

### **3.3.2 Procedimiento de reposición coronal**

El procedimiento que se realizó fue un injerto de tejido conectivo para reponer las secciones coronales perdidas. De acuerdo con los procedimientos empleados, los pasos para dicho procedimiento son los siguientes: (11)

- A. Sondaje y medición de las recesiones gingivales, aspecto radiográfico de los dientes a tratar.
- B. Preparación del lecho receptor
- C. Toma del injerto
- D. Sutura de zona donante
- E. Injerto de tejido conectivo y colocación de hueso cortical humano
- D. Fijación del periostio de zona receptora
- F. Sutura del colgajo.

Post operatorio: Se indicó analgésico por vía oral en caso de dolor, Ibuprofeno 400mg 1 tableta vía oral cada 6 horas por 5 días, Ketorolaco 30 una tableta vía oral cada 8 horas por 5 días, Dexametasona 8mg1 tableta vía oral cada 8h por 3 días. Para evitar infecciones se recetó Amoxicilina+ ácido clavulánico 500mg/125mg 1 tableta

vía oral cada 8h por 7 días. Y Omeprazol 20mg 1 tableta vía oral cada 12h por 7 días; mantener la cabeza elevada, sin acostarse en las primeras 6 h. Ingerir líquido y alimentos blandos durante 2 semanas, realizar colutorios de enjuague bucal Blue M luego de pasados 10 días post operatorio. Se orientó sobre cepillado dentogingival en zonas no intervenidas. Ante cualquier malestar volver a consulta. Citar a la semana para retirar sutura del lecho donador.

### **3.3.3 Evolución del paciente**

Una vez realizado el procedimiento del injerto de tejido conectivo en las zonas requeridas, se llevó a cabo el control de la evolución mediante la revisión del paciente en tres ocasiones (a la semana, a los 21 días y al mes), para ello se tomaron fotos intraorales.

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO**

La reconstrucción de estos defectos debe llevarse a cabo, en función de su diagnóstico, mediante regeneración ósea (si la alteración es un déficit de hueso y no de tejido blando) o mediante injerto de tejido blando (si el defecto es provocado por una alteración del tejido blando).

#### **Reporte del caso clínico**

##### **Etapas I. Condición inicial del paciente**

Paciente de 40 años de edad, de género femenino, sin antecedentes médicos de importancia, con estado nutricional aparentemente bueno, orientada en espacio, tiempo, lugar y sin alteraciones sistémicas. Al examen estomatológico se evidencia recesión gingival a nivel vestibular de órgano dentario gingival UD 32 y 43.

La recesión gingival se extendía apical a la unión mucogingival, evidenciándose pérdida de altura del periodonto proximal, la clasificación de la recesión fue consistente con clase II de Miller. El tratamiento propuesto es reposición coronal con injerto de tejido conectivo en la UD 32.

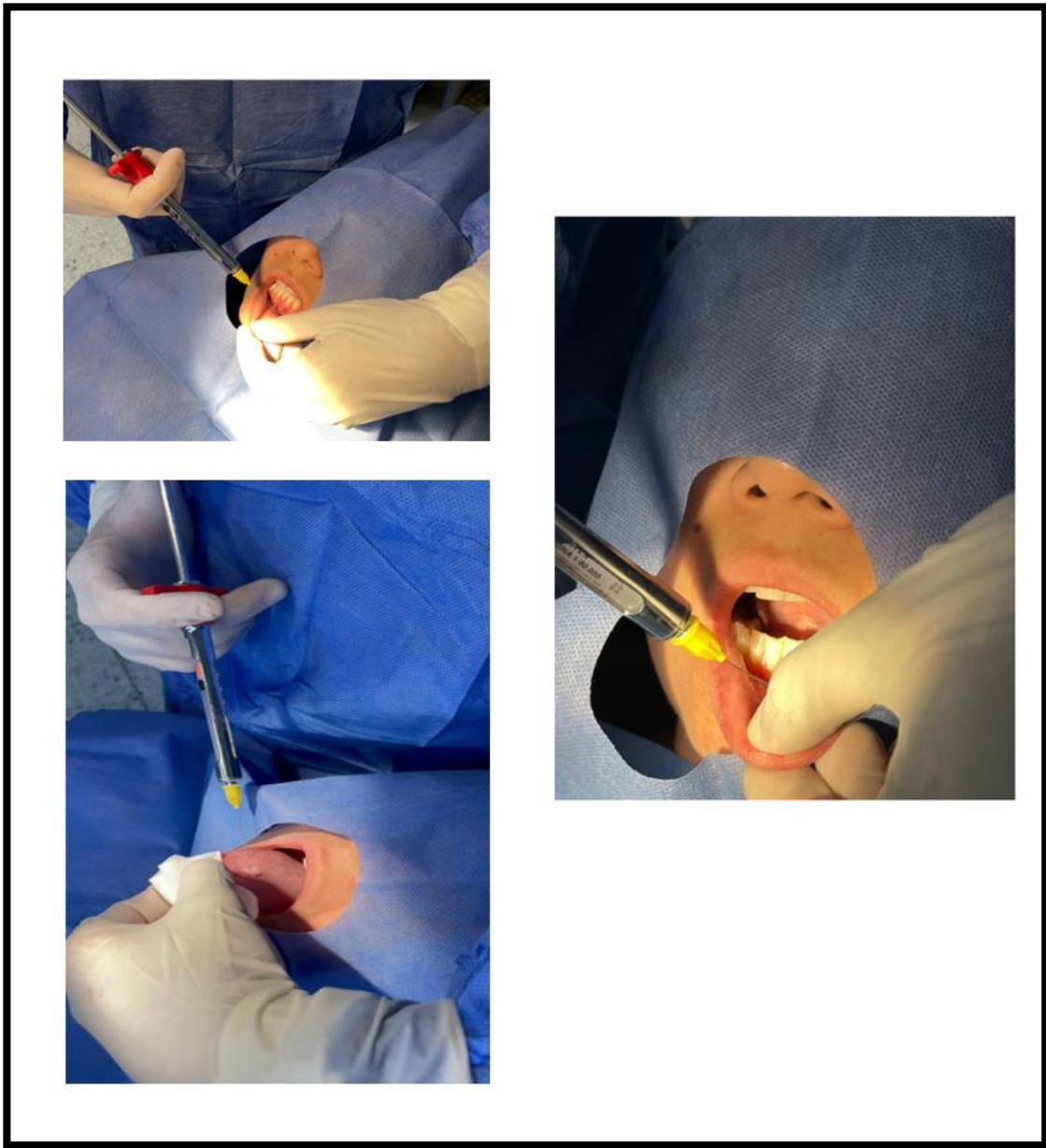


**Figura 1.**

**Lesión en la lengua que se utilizó como injerto**

### **Etapa II. Tratamiento**

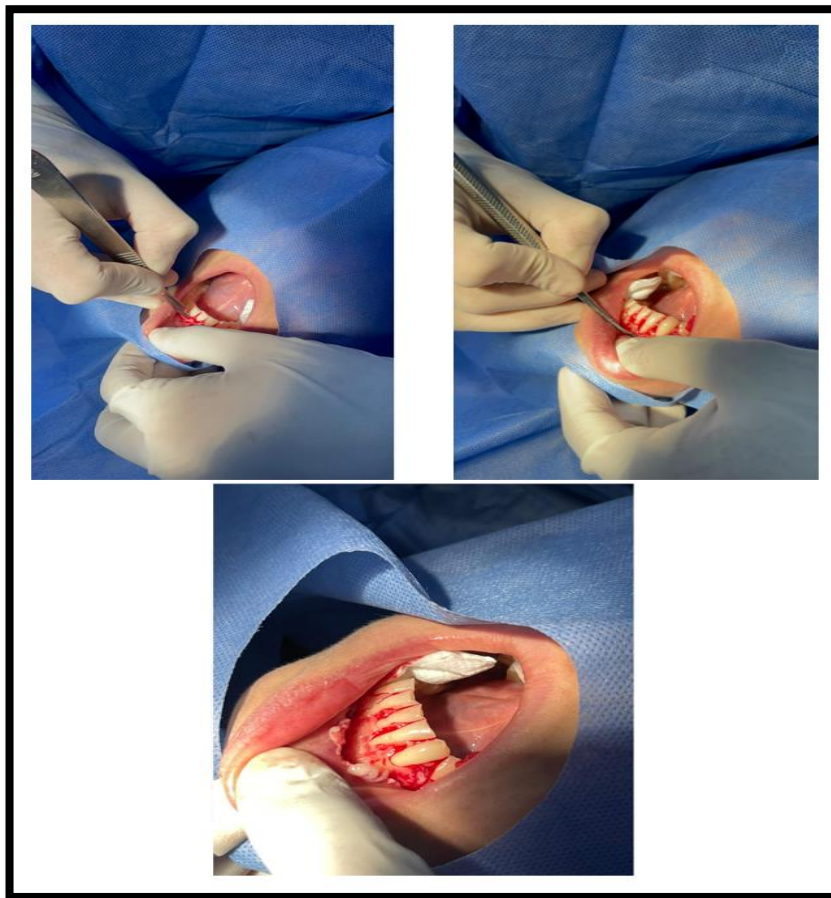
En primer lugar, se preparó la zona receptora. Se aplicó la anestesia en la zona receptora del injerto (Fig.2).



**Figura 2. Aplicación de la Anestesia.**

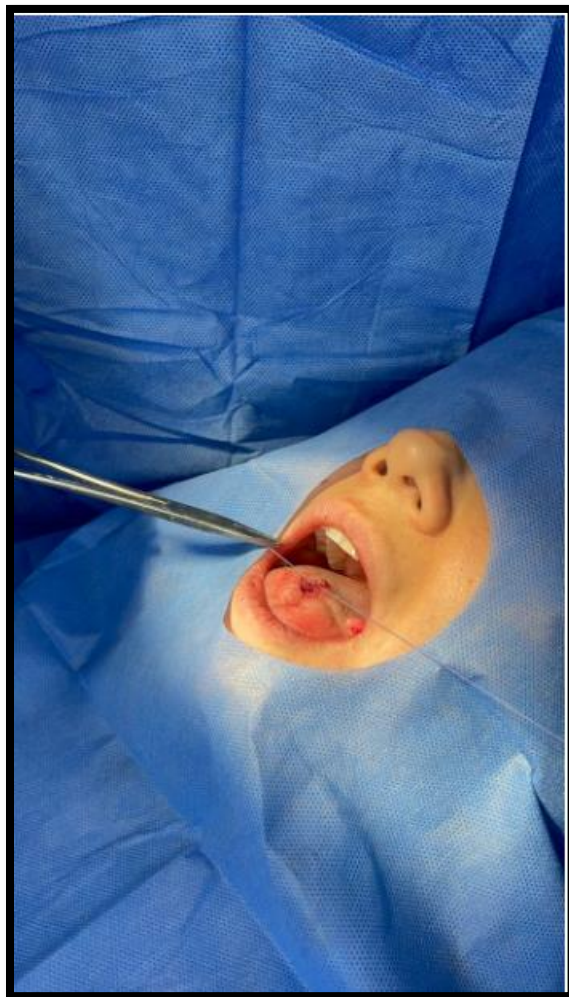
**Etapa II. Tratamiento** En primer lugar, preparamos la zona receptora. Se aplicó la anestesia en la zona receptora del injerto (Fig.2).

Se realizó una incisión a espesor parcial a nivel periimplantaria y dos incisiones de descarga verticales, atravesando la unión mucogingival. Realizamos un despegamiento del colgajo a espesor parcial, evitando desgarrar el colgajo. A continuación, se obtienen las dimensiones del defecto que nos indicará el tejido a obtener de la zona donante (Lengua). Se obtuvo un injerto de tejido subepitelial. Se realizó una única incisión lineal a espesor parcial a 2 mm de los cuellos de las piezas dentales UD 32 y 43. Se realizaron dos incisiones verticales que nos marcaban la longitud del injerto y una última incisión paralela para desinsertar el tejido donante.



**Figura 3. Zona periimplantaria.**

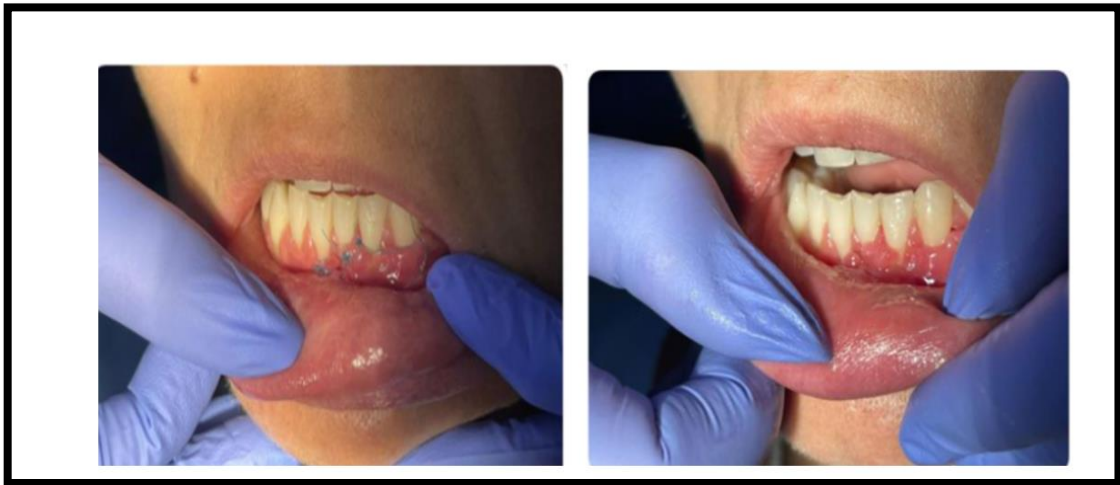
El injerto se preparó, retirando el material graso y conformándolo al defecto de la zona receptora, posterior a esto se realizó la sutura. (Figura 4)



**Figura 4. Sutura en la lengua.**

### **Etapa III Evolución**

La paciente fue revisada a los siete días para controlar la inflamación y la evolución de la zona intervenida. A los 21 días se revisó a la paciente, se retiró la sutura del colgajo y se mantuvieron la sutura del injerto (Figura 5.)



**Figura 5. evolución del paciente a los 21 días.**

**Figura 6. Evolución del paciente al mes y 14 días.**



A las seis semanas se puede observar una mayor maduración del tejido y un aumento de volumen en la zona del defecto inicial, se observó una cobertura radicular completa y un color totalmente mimetizado con el original en las zonas anteriormente expuestas

## **Discusión**

El manejo cuidadoso del tejido blando alrededor de un implante es considerado esencial por los profesionales. Las dimensiones del tejido blando que rodea al implante es un factor importante para el resultado estético en la terapia con implantes. Se han propuesto distintas técnicas para la reconstrucción de defectos de rebordes adyacentes a implantes. Actualmente los enfoques sugieren, dependiendo de la cantidad de hueso adyacente que se haya perdido, realizar una técnica mediante regeneración ósea guiada o mediante injertos de tejido conectivo (24).

Los colgajos pediculados asociados a injerto de tejido conectivo son alternativas muy válidas y con resultados estéticos muy buenos que satisfacen los requerimientos de los pacientes. De igual manera, en la actualidad no hay suficiente evidencia que recomiende una técnica específica para el manejo del tejido blando o el aumento del mismo para la reconstrucción del reborde periimplantario (25,26).

Los injertos gingivales libres presentan discrepancia de color con el tejido circundante y han sido descritos como de apariencia queiloide. Los injertos pediculados incluyendo los laterales o coronalmente posicionados pueden producir resultado más estético; sin embargo, estos procedimientos están indicados cuando existe un adecuado tejido donante adyacente al defecto. La regeneración tisular guiada (RTG) usando membranas no reabsorbibles o bioabsorbibles ha sido empleada para cubrir recesiones gingivales, sin embargo, la exposición de la membrana, ha sido asociada con una reducción significativa en los resultados del cubrimiento radicular (27).

La utilización de injertos de tejido conectivo combinado con un colgajo pediculado posicionado coronalmente, los colgajos pediculados posicionados lateralmente, el

colgajo doble pediculado, el colgajo en bolsillo y la técnica de tunelización han demostrado predecibilidad y cubrimiento radicular estético en varios estudios clínicos (28).

El presente caso clínico muestra cómo se logró reconstruir el defecto gingival UD 32 y 43 mediante la utilización de un colgajo de reposición coronal a espesor parcial acompañado de un injerto de tejido conectivo.

Sin embargo, hay factores que influyen favorablemente en el resultado final del presente caso: el primero es la buena higiene oral por parte del paciente (influye en la buena cicatrización evitando riesgo de contaminación y exposición del injerto). Otro factor clave es el grosor del colgajo ya que se ha descrito una relación positiva entre el grosor del colgajo y el mantenimiento del mismo en reposición coronal para recubrimientos radiculares. En el presente caso la paciente presenta un biotipo gingival grueso y esto facilita un buen resultado final ya que tiene influencia directa sobre el suministro sanguíneo en nuestro lecho en comparación con los biotipos finos.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **Conclusiones**

Después de analizar e interpretar los resultados y compararlos con las bases teóricas que respaldan este reporte de caso, se pudo concluir que el injerto de tejido conectivo es una técnica eficaz y novedosa al momento de tratar recesiones gingivales, ya que dicho tratamiento logra cubrir en su totalidad la exposición radicular existente y garantiza el éxito de la funcionalidad y estética. En concordancia al objetivo de este trabajo, al analizar los resultados, se puede decir que el tratamiento aplicado es efectivo. A su vez, se logró coincidir con la mayoría de los autores en que la técnica del injerto de tejido conectivo es efectiva, a pesar de que, en este caso, el injerto no se obtuvo de la zona de paladar (cuya es la que comúnmente se utiliza), sino una lesión existente de la paciente.

En razón de lo antes expuesto se concluye que el caso clínico presentado donde el diagnóstico fue recesión gingival que se extendía apical a la unión mucogingival, se aplicó tratamiento de reposición coronal con injerto de tejido conectivo en la UD 32, mostrando una evolución satisfactoria a los 21 días, obteniendo una cobertura radicular completa y un color totalmente mimetizado con el original en las zonas expuestas, lo que indica el tratamiento fue satisfactorio.

## **Recomendaciones**

- Tomar en cuenta todos los aspectos del paciente, recordando que eso será pilar fundamental para el desarrollo de todo procedimiento que requiera.
- Explicarle al paciente el procedimiento a realizar y brindarle el mayor apoyo posible.
- Fortalecer los cuidados del pre y post operatorio ya que serán pilares para la preparación y recuperación del área del procedimiento quirúrgico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García-Rubio A, Bujaldón-Daza A.L, Rodríguez-Archilla A. Recesión gingival: diagnóstico y tratamiento. *Avances en Periodoncia* 2015;27(1), 19-24.
2. Ardila Medina CM. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Av Periodon Implantol.* 2009; 21, 2: 35-43.
3. Bueno Rossy L. Cirugía Plástica Periodontal: reporte de un caso clínico. *Odontoestomatología.* 2016;18(27), 749-54.
4. Injante Ormeño P, Tuesta Da Cruz O, Estrada Vitorino M, Liñán Durán C. Recesión gingival y tratamiento de ortodoncia: Reporte de caso interdisciplinario. *Revista Estomatológica Herediana.* 2012;22(1), 31-36.
5. Marchena Rodríguez, L. Fernández Ortega, C. Moreno Martínez, M. Recesión Gingival Diagnosticada En La Consulta De Odontología. *Redoe* 2015.
6. Vicario-Juan Mónica, Pascual-La Rocca Andrés, M<sup>a</sup> Teresa Vives-Bonet, Santos-Aleman Antonio. Técnicas de cirugía mucogingival para el cubrimiento radicular. *RCOE.* 2006;11(1), 61-73.
7. Sarduy L, tratamiento de recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo. *Medicentro Electrónica* 2018;22(3), 218-227.
8. Novaes, A; Palioto, D. Experimental and clinical studies on plastic periodontal procedures. *Periodontology* 2000, 2019,79,(1), 56-80.

- 9.** Lai, Pin-Chuang; Katwal, D; Greenwell, H. Allografts and Xenografts for Periodontal Plastic Surgical Procedures. *Current Oral Health Reports*, 2019,6,(3), 218-229.
- 10.** Cruz Morales R, Caballero López D. Tratamiento de recesiones gingivales con injerto de tejido conectivo subepitelial y técnica del sobre: reporte de caso. *Odontología Sanmarquina* 2020;23(2), 167-172.
- 11.** Cruz Morales R, Caballero López D. Injerto de tejido conectivo subepitelial y colgajo reposicionado coronal modificado para tratamiento de recesiones periodontales. *Rev cubana Estomatol* 2020;56,(4).
- 12.** Medina A. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Avances en Periodoncia* 2009; 21( 1 ): 35-43.
- 13.** Schemel M, Cabrera A. Fisiología periodontal del movimiento dentario durante el tratamiento ortodóntico. *Acta odontol. Venezuela* 2010;48(3).
- 14.** Cacciola, D. Muñoz Gómez, G. Relación Entre Periodoncia Y Ortodoncia: Complicaciones Gingivales Y Efectos Del Tratamiento Ortodoncico En El Periodonto. *Revista BIOCIENCIAS* 2018;13(2).
- 15.** Díaz Caballero A., Arcila Aristizabal T., Arrieta González L. Injerto de tejido conectivo subpediculado y colgajo de avance coronal para el tratamiento de una recesión gingival en paciente con tratamiento de ortodoncia: Presentación de un caso. *Avances en Periodoncia* 2009;21(2) 71-74.
- 16.** Carreño, L. Cirugía plástica periodontal, manejo de encía queratinizada con injertos gingivales libres. 2016. Tesis Doctoral.

- 17.** Constitución de la República Bolivariana de Venezuela: los derechos sociales y de las Familia [Internet] 1999. [citado el 11 de mayo de 2023] 81-17 Disponible en: [https://www.oas.org/dil/esp/constitucion\\_venezuela.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_venezuela.pdf)
- 18.** Código de Deontología Odontológica [Internet].1972. Elcov.org. [citado el 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.elcov.org/ley2.htm>
- 19.** Asamblea Nacional. Ley Orgánica de Salud [Internet]. 1992. Asamblea Nacional. [citado el 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ve/leyes/sancionadas/ley-organica-de-salu>
- 20.** Ley del Ejercicio de la Odontología [Internet]. 1943. Elcov.org. [citado el 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.elcov.org/ley1.htm>
- 21.** Elsevier España, S.L. Mosby Diccionario de Odontología. 2da Ed, Barcelona España. 2009
- 22.** Yacuzzi E. El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales. Buenos Aires. Universidad del CEMA. 2005
- 23.** Arias F. Proyecto de investigación. 7ma edición. Caracas, Venezuela: EPISTEME; 2016.
- 24.** Trombelli L, Severi M, Farina R, Simonelli A. Sub-Periosteal Peri-Implant Augmented Layer Technique to Treat Peri-Implantitis Lesions. Clinical advances in periodontics. 2020;10(4); 169–174. <https://doi.org/10.1002/cap.10107>
- 26.** Liñares A, Rubinos A, Puña A, Muñoz F, Blanco J. Regeneration of keratinized tissue around teeth and implants following coronal repositioning of alveolar mucosa with and without a connective tissue graft: An experimental study. Fifty years after

- Karring's landmark study: Fifty years after Karring's 71 landmark study. *Journal of clinical periodontology*. 2022; 49(11), 1133–1144. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13673>
27. Chowdary P, Pavan Y, Murthy V, Kishore D . A Novel Modified-Vista Technique With Connective Tissue Graft in the Treatment of Gingival Recession: A Case Report. *Clinical advances in periodontics*, 2022;12(2), 75–79. <https://doi.org/10.1002/cap.10135>
28. Anco V, Romero R, Bermudez M, Alvarez M, Tinedo L. Colgajo de reposición coronal, con y sin injerto de tejido conectivo, para tratar recesiones gingivales. *Rev Cubana Estomatol*. 2022; 59(2): e3887. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072022000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072022000200004&lng=es). Epub 15-Abr-2022