



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE INJERTO DE
TEJIDO CONECTIVO EN LA RECESIÓN GINGIVAL.
REPORTE DE UN CASO**

Autores:
Br. Leal Anggimar
Br. López Herlen

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**



**EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE INJERTO DE
TEJIDO CONECTIVO EN LA RECESIÓN GINGIVAL.
REPORTE DE UN CASO**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
ODONTÓLOGO

Autor: Br. Leal Anggimar

C.I: 26.287.310

Autora: Br. López Herlen

C.I: 27.052.095

Tutora: Dra. Romelia Rueda

C.I:4.457.113

San Diego, marzo 2022



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



**EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE INJERTO DE
TEJIDO CONECTIVO EN LA RECESIÓN GINGIVAL.
REPORTE DE UN CASO**

ESTUDIANTE

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

V- 26.287.310

Br. Anggimar Alejandra, Leal Ortiz

V- 27.052.095

Br. Herlen Yailen, López Castellanos

Tutor Propuesto: Od. Romelia Rueda

Firma:

Cédula de Identidad N° V- 4.457.113

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma

Sello

Fecha



**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 Trabajo de Grado, elaborado por las ciudadanas **Leal Anggimar y López Herlen**, titulares de la cédula de identidad N° **V-26.287.310 y V-27.052.095**, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO EN LA RECESIÓN GINGIVAL. REPORTE DE UN CASO**. Adscrito a la línea de investigación: **Odontología Clínica y Correctiva**, 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 21 días del mes de febrero del año dos mil veintidós.

(Firma autógrafa del tutor)
Dra. Romelia Rueda
C.I: V- 4.457.113



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**

Quien suscribe **Dra. Romelia Rueda**, portadora de la cédula de identidad N° **V-4.457.113**, en mi carácter de tutora del trabajo de grado presentado por las ciudadanas **Leal Anggimar y López Herlen**, portadores de la cédula de identidad N° **V-26.287.310** y **V-27.052.095**, titulado EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO EN LA RECESIÓN GINGIVAL. REPORTE DE UN CASO 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 31 días del mes de mayo del año dos mil veintidós.

(Firma autógrafa del tutor)
Dra. Romelia Rueda
C.I: V- 4.457.113

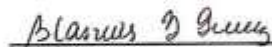


REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



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 "EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO EN LA RECESIÓN GINGIVAL. REPORTE DE UN CASO", realizado por las ciudadanas Leal Anggimar y López Herlen, titulares de la cédula de identidad V-26.287.310 y V-27.052.095. Cursantes de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.



Jurado
Nombre: Blasmir Giménez
C.I.: V-11.121.571



Jurado
Nombre: Rodrigo Pino
C.I.: V-17.399.344



Tutor Académico:
Nombre: Romelia Rueda
C.I.: V- 4.457.113

Fecha 31 Mayo 2022



DEDICATORIA

Agradezco a Dios, en primer lugar por siempre estar guiando mis pasos, por ayudarme a persistir y creer en mí para lograr este sueño.

A mis padres Yaret Leal y Rosa Ortiz por su confianza y apoyo constante e incondicional a lo largo de mis estudios. Por el esfuerzo realizado para poder recibir educación de calidad, por los consejos, el amor y la comprensión. Gracias por haberme formado con buenos valores y hábitos, fueron patrones fundamentales que llevo conmigo y me ayudaron a llegar hasta aquí.

A Mi hermano Yaret Alejandro, por siempre estar para mí, por acompañarme y hacerme reír en los momentos buenos y los no tan buenos.

A Jorge Vega, por su apoyo diario estando de principio a fin a lo largo de mi carrera, por sus palabras alentadoras llenas de amor y fuerza en cada situación presentada, por recordarme que yo siempre puedo.

A mi abuelo Antonio Leal, que me protege y cuida desde el cielo iluminando mi camino para seguir adelante con mis proyectos.

A Las Dras. Ingrid León y Claudia León, por ser ejemplo de superación y éxito, por darme un preámbulo de lo mucho que podemos ayudar a otras personas con esta hermosa carrera.

A La Dra. Lourdes Chacón, por sus enseñanzas y buenos consejos.

Al Dr. Engelberth Berrios, por mostrarme el maravilloso mundo de la periodoncia y apoyarme en el desarrollo de este trabajo.

A toda mi familia y amigos por ser parte de mi vida y permitirme ser parte de su orgullo.

Leal Anggimar

DEDICATORIA

Antes que nada, quiero dar las GRACIAS A DIOS por siempre estar de mi lado, regalándome tantas bendiciones a lo largo de este proceso, sin el nada de esto hubiese sido posible.

A mi Padre Alexander López, por siempre cuidarme y protegerme desde el cielo, por darme las fuerzas necesarias para lograr esta meta.

A mi madre Yadira Castellanos, por ser el pilar fundamental de mi vida y mis ganas de salir adelante. GRACIAS por creer en mí, por arriesgarlo todo con tal de verme triunfar, por siempre apoyarme y darme ánimos para cumplir este gran sueño que hoy se ve materializado después de tantos años

A mis hermanos Yuen López y Alexandra López, por verme como su ejemplo a seguir, por siempre darme ánimos cuando más lo necesitaba, por todo su amor y cariño.

A Jonnier Rueda, por su apoyo incondicional y estar ahí desde el principio hasta el final de mi carrera, por creer en mí y siempre tener las mejores palabras de aliento, por sacarme una sonrisa en esos días malos GRACIAS por tanto amor y comprensión.

A mi familia por acompañarme a lo largo de este camino, por tenerme siempre presente en sus oraciones y celebrar cada uno de mis logros.

Quiero dar las gracias a cada uno de mis profesores, por cada enseñanza, por su dedicación y compromiso, sin ustedes no hubiese podido lograrlo.

López Herlen

RECONOCIMIENTO

A Dios,

A nuestros padres y familiares,

A la Universidad José Antonio Páez y profesores,

Amistades y compañera de tesis.

GRACIAS

*Leal Anggimar
López Herlen*



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



**EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE INJERTO DE
TEJIDO CONECTIVO EN LA RECESIÓN GINGIVAL.
REPORTE DE UN CASO**

Autor: Leal Anggimar

Autora: López Herlen

Tutora: Dra. Romelia Rueda

Línea de investigación: Odontología Clínica y Correctiva

Fecha: marzo, 2022

RESUMEN INFORMATIVO

El presente estudio tiene el propósito de evaluar la efectividad del tratamiento quirúrgico de injerto de tejido conectivo en la recesión gingival a través de un caso clínico. El tipo de investigación fue descriptiva en modalidad reporte de caso clínico, bajo un diseño documental de análisis crítico de la información empírica y teorías existentes, a través de revisiones críticas para lograr la integración, organización y evaluación de la información teórica sobre el problema existente como es la recesión gingival, focalizando en la investigación actual las posibles vías para su solución. Se ordenó la información a través de los lineamientos CARE. El estudio se realizó en las tres (3), partes correspondientes: a las condiciones iniciales, aplicación del tratamiento y evaluación del tratamiento correspondiente a un caso clínico, en el cual se obtiene como resultado del tratamiento quirúrgico un ochenta(80%) de éxito llegando a la conclusión de que el tratamiento más eficaz para las recesiones gingivales grado I y II de Miller, es por medio de injertos de tejido conectivo, logrando restituir la cobertura radicular y reparando los tejidos periodontales.

Descriptores: efectividad, tratamiento quirúrgico, injerto de tejido, conectivo, recesión gingival.



BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
SCHOOL OF DENTISTRY



**EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF CONNECTIVE
TISSUE GRAFT IN GINGIVAL RECESSION.
REPORT OF A CASE**

Authors: Leal Anggimar

Authors: López Herlen

Tutora Dra. Romelia Rueda

Research line: Clinical and Corrective Dentistry

Date: march, 2022

INFORMATIVE SUMMARY

The purpose of this study is to evaluate the effectiveness of connective tissue graft surgical treatment in gingival recession through a clinical case. The type of research was descriptive in clinical case report mode, under a documentary design of critical analysis of empirical information and existing theories, through critical reviews to achieve the integration, organization and evaluation of theoretical information on the existing problem as is gingival recession, focusing on current research on possible ways to solve it. The information was ordered through the CARE guidelines. The study was carried out in the three (3), corresponding parts: to the initial conditions, application of the treatment and evaluation of the treatment corresponding to a clinical case. in which an eighty (80%) of success is obtained as a result of surgical treatment, concluding that the most effective treatment for Miller grade I and II gingival recession is through connective tissue grafts, managing to restore root coverage and repairing periodontal tissues.

Descriptors: effectiveness, surgical treatment, tissue graft, connective, gingival recession.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	pp.
Paginas Preliminares	
Resumen Informativo	Ii
Informative Summary	Xiv
Introducción	Xv
	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA	
Planteamiento del problema	3
Formulación del problema	5
Objetivos de la investigación	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
Justificación de la investigación	6
Limitación y alcance de la investigación	7
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de la investigación	8
Bases teóricas	10
Glosario de términos	17
Bases Legales	20
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	
Tipo de investigación	25
Nivel de profundidad de la investigación	25
Diseño de investigación	25
Procedimiento metodológico	26
Etapas del reporte de caso	27
CAPÍTULO IV RESULTADO	
Reporte de caso	28
Etapa I. Condición inicial del caso	28
Etapa II. Tratamiento	29
Etapa III. Evolución	30
Discusión de resultados	33
	34

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

INTRODUCCIÓN

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 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 ¹.

La recesión gingival es definida como la ubicación del margen gingival apical a la unión amelocementaria de uno o más dientes. Esta deformidad apical ocasiona generalmente sensibilidad radicular, pobre apariencia estética y lesiones cervicales cariosas por lo que los pacientes pueden preguntar de manera frecuente a los clínicos por procedimientos de recubrimiento radicular. Existen dos grandes grupos de causas de recesión gingival, las que se originan de enfermedad periodontal y de origen traumático, además, se consideran ciertos factores y se les clasifica como factores predisponentes y precipitantes desencadenantes ².

Patológicamente las recesiones gingivales están ocasionadas por la destrucción de tejido conectivo de la encía, lo cual ocasiona una disminución del flujo sanguíneo a nivel gingival. Se desarrollan varias técnicas con el mismo fin, dentro de estas están el colgajo pediculado, injerto gingival libre, injerto de tejido conectivo y la regeneración tisular guiada. Las condiciones de éxito en el tratamiento de las recesiones gingivales, descansan en el conocimiento de su etiología y de las posibilidades de cicatrización de acuerdo a las diferentes técnicas quirúrgicas consideradas para corregirlas. Los objetivos a considerar en el tratamiento de las recesiones son: mejorar la estética, recubrir las zonas radiculares expuestas y lograr estabilidad clínica. Se presenta un caso clínico para poder verificar la efectividad del tratamiento quirúrgico periodontal de injerto de tejido conectivo en las recesiones gingivales, presentada como una solución ideal que favorece la funcionalidad y estética dental del paciente ^{2,3}.

El problema de la recesión gingival ha sido tratado mediante una amplia variedad de técnicas quirúrgicas pretendiendo ganar encía queratinizada primero y posteriormente tratando de conseguir recubrimiento radicular. Para el logro de los objetivos planteados el estudio se estructura en los cuatro capítulos siguientes:

Capítulo I donde se desarrolla el problema, planteándose y formulándose en base a la investigación, los objetivos y justificación.

Capítulo II se aborda el marco teórico, en donde se desarrollan las bases y los antecedentes que respaldan la investigación planteada.

Capítulo III se establece el marco metodológico donde se indica el tipo, nivel y diseño de investigación, los métodos de búsqueda de la información y el procedimiento metodológico.

Capítulo IV se presentan y analizan los resultados para dar respuesta a los objetivos planteados, generándose las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La periodoncia es una disciplina de la odontología, que se encarga principalmente de eliminar las infecciones bacterianas que causan condiciones patológicas en la encía, proporcionando un ambiente periodontal sano para mantener la salud bucodental del paciente. Entre las diversas condiciones patológicas se presentan cambios en la posición de la encía, conocida como recesión o retracción gingival, observándose con mayor frecuencia como uno de los hallazgos clínicos periodontales, estas patologías se asocian directamente a una estética indeseable, abrasión superficial radicular, hipersensibilidad y caries radicular¹.

La recesión gingival se define como el desplazamiento del tejido gingival hacia la zona apical del límite amelocementario, dando lugar a la exposición de la superficie radicular; tomando en cuenta los factores etiológicos, tipos de recesión y de tratamientos, el resultado de los mismos y la incidencia de la condición para la salud bucodental y autoestima del paciente².

Esta es una condición basada en una etiología multifactorial, para el desarrollo de las recesiones influyen factores asociados divididos en dos grandes grupos: Inflamatorios; enfermedad periodontal destructiva, bacteriana o viral, presencia de placa dental y calculo supra e infragingival y mecánicos tales como abrasión por cepillado (técnica inadecuada, fuerza, dureza de las cerdas), mal posición dentaria, relación hueso/raíz, dehiscencia del hueso alveolar, inserción muscular alta y tracción del margen gingival por el frenillo, cantidad mínima de encía queratinizada, vestíbulo lingual y apicocoronal (como factores de predisposición), factores iatrogénicos relacionados o no a tratamientos quirúrgicos restauradores, traumatismos mecánicos (hábitos nocivos), movimiento ortodóntico por fuerzas ejercidas incorrectamente y trauma oclusal debido a la fuerza excesiva que ejerce una pieza dentaria sobre su

antagonista de manera constante en oclusión por restauraciones sobre obturadas³.

Por lo tanto, estos factores etiológicos ya antes mencionados afectan a los tejidos de sostén de las piezas dentarias causando la pérdida de inserción de los mismos, de esta forma los tejidos que rodean el diente reaccionan y la encía marginal realiza la migración hacia apical. Por consiguiente, ante la presencia de las recesiones gingivales se plantean dos posibilidades: en primer lugar no tratarla y controlar su evolución o corregirlas mediante la práctica de la cirugía mucogingival, con el propósito de mejorar la estética, prevenir recesiones más profundas y eliminar consecuencias de la recesión gingival tales como la hipersensibilidad, caries radicular y restaurar la unidad gingival en la unión cemento-esmalte o en la cercanía de ella, situación que puede dificultar la vida cotidiana de los pacientes que lo padecen, además de presentar complicaciones estéticas que puedan afectar el autoestima⁴.

En la actualidad el paciente acude a la consulta odontológica buscando soluciones altamente funcionales y estéticas, cuando se refiere a la estética en periodoncia, estamos deseando que, por medio de procedimientos clínicos y quirúrgicos, la encía este lo más saludable y armoniosa posible, puesto que ella misma es el "marco" de la estética dental fundamental para una "sonrisa perfecta", componente esencial de la belleza en la actualidad. Es allí donde los pacientes periodontales se preocupan por la salud bucal pero también le otorgan prioridad a la estética. Con base en esta demanda la especialidad desarrolló nuevos recursos de tratamiento de cirugías plásticas periodontales para corregir defectos en la encía, proporcionando solución al paciente restituyendo la cobertura radicular, puesto que la recesión gingival localizada es un problema de salud bucodental fundamental porque su progresión puede conducir en última instancia a la pérdida dentaria⁵.

Es importante dar a conocer las consecuencias que puede provocar estas recesiones gingivales al no ser tratadas, representando para el paciente un problema de estética indeseable y de confort, ya que en la mayoría de los casos presentaron hipersensibilidad, un contorno gingival que dificulte la higiene, estética indeseable o el incremento de la posibilidad de desarrollar caries radiculares. Por lo tanto, estás

pueden ir evolucionando de manera lenta, pero crítica para la salud bucodental y las técnicas fundamentadas que existen para el tratamiento de las mismas ².

Por consiguiente, la técnica de tratamiento periodontal tiene como objetivo principal restablecer la simetría, el color, contorno, forma, consistencia, textura y posición normal de la encía, para la restitución del aparato de inserción, ganando inserción del tejido conjuntivo y reduciendo la recesión gingival para lograr una cobertura radicular que minimice los problemas de estética indeseables del paciente y justifica la realización de la siguiente investigación ⁶.

Estos procedimientos quirúrgicos han sido sometidos a una gran investigación a lo largo de los últimos años, diversos actos quirúrgicos tales como procedimientos de avances de tejido blando, que mantienen su conexión con el tejido donante, e injertos libres de tejidos blandos (injertos especializados e injerto de tejido conectivo). Son los que han obtenido resultados predecibles en la cobertura radicular y en la ganancia de inserción, con una profundidad de vestíbulo mayor y un aumento de inserción clínica y de la altura del tejido blando ².

Por lo anteriormente expuesto se reporta un caso clínico para poder verificar la efectividad del tratamiento quirúrgico periodontal de injerto de tejido conectivo en las recesiones gingivales, presentada como una solución ideal que favorece la funcionabilidad y estética dental del paciente.

Formulación del problema

¿Cuál será la efectividad del tratamiento quirúrgico de injerto de tejido conectivo en la recesión gingival para la restitución total de la cobertura radicular y satisfacción de la demanda estética del paciente?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Evaluar la efectividad del tratamiento quirúrgico de injerto de tejido conectivo en la recesión gingival.

Objetivos específicos

- Identificar la condición inicial del paciente seleccionado con recesión gingival.
- Aplicar tratamiento quirúrgico de injerto de tejido conectivo.
- Describir la evolución del paciente postoperatorio a corto y largo plazo.

Justificación

El injerto de tejido conectivo es el de primera elección en la cirugía periodontal de tejidos blandos, especialmente en la región maxilar anterior, donde los requisitos estéticos son más altos. Este injerto está compuesto por diferentes tejidos (submucosa, grasa, periostio y en ocasiones, glándulas salivales menores). La zona donante habitual es la región palatina, habitualmente en una zona rectangular que abarca desde la raíz palatina del primer molar⁷.

Así mismo la alta prevalencia de recesiones gingivales ha hecho necesario el desarrollo de las técnicas quirúrgicas que deben ser estudiadas a nivel educativo en la universidad José Antonio Páez e incluidas para ampliar conocimientos sobre el tema en el área de periodoncia, utilizadas para cubrir el área dentaria expuesta a través de la colocación de injertos de tejido conectivo y erradicando el hábito o causa etiológica, siendo el objetivo principal mejorar la salud periodontal, mantener la dentición funcional del paciente durante toda su vida, enfocándose en tratar el factor predisponente como es la recesión gingival misma⁴.

Por consiguiente, la finalidad es aportar conocimientos como profesionales de la salud a los pacientes que acuden a la consulta con preocupación por un problema estético y funcional que si existe un tratamiento para este tipo de recesiones, que, en su mayoría, según bioestadísticas tienen un 90% de probabilidades de éxito para restaurar la salud bucodental del paciente.

Limitaciones y alcances

La presente investigación desarrollada en la Universidad José Antonio Páez en Valencia- Estado Carabobo, se realiza bajo un enfoque documental. El estudio está dirigido a evaluar la efectividad del tratamiento quirúrgico de injerto de tejido conectivo en la recesión gingival a través de un reporte de caso clínico con diseño de campo. De esta manera, la investigación está delimitada dentro de la Carrera de Odontología de la UJAP, bajo la línea de investigación odontología clínica y correctiva, en un período establecido desde el 2021 hasta 2022.

CAPÍTULO II

MARCO TEORÍCO

Antecedentes de la investigación

Quispe, García, Garrido, Morales, Mena, Sánchez, en el año 2021, realizaron el trabajo titulado “Tratamiento de recesiones gingivales unitarias y múltiples en la zona anterior mandibular mediante técnica de Edlan-Mejchar modificado”. Descripción de la técnica quirúrgica y resultados. El objeto es describir el tratamiento de recesiones gingivales unitarias y múltiples que afectan a la zona anteroinferior; presentaron un estudio de caso, el objetivo final de estos procedimientos es la cobertura completa de la raíz y los resultados estéticos agradables. La literatura muestra que el colgajo de avance coronal más injerto de tejido conectivo podría ser considerado como el “gold standard” para el tratamiento de recesiones gingivales unitarias. Sin embargo, en la arcada inferior presenta limitaciones anatómicas que impiden realizar las técnicas convencionales de cirugía mucogingival ⁸. El estudio descrito aporta teoría relevante para el estudio en cuanto tratamiento de recesiones gingivales unitarias y múltiples, además de conceptos que le dieron sustentos a la teoría abordada.

Cruz y Caballero en el año 2020, realizaron una investigación titulada “Tratamiento de recesiones gingivales con injerto de tejido conectivo subepitelial y técnica del sobre: reporte de caso”. El objetivo de esta presentación de caso fue describir el uso de la técnica tipo sobre con injerto de tejido conectivo subepitelial en el tratamiento de dos recesiones gingivales clase I y II de Miller localizadas en 44 y 45. Este caso fue un paciente masculino de 50 años, que acudió por cambio de posición de la encía en algunos dientes. Clínicamente existía exposición radicular en 44 y 45, sin presencia de bolsas periodontales, ni alteraciones radiográficas. Diagnosticaron recesión gingival localizada clase I de Miller en 44 y clase II en 45. Se realizó injerto de tejido conectivo subepitelial y colgajo desplazado coronal tipo sobre. A los seis meses, mejoró condición periodontal del 44. A los dos años las

raíces expuestas estaban completamente cubiertas, con tejido gingival posicionado, ganancia de encía insertada. Esta técnica logró resultados satisfactorios en el tratamiento de las recesiones gingivales de 44 y 45 ⁹. La presente investigación se relaciona al estudio en cuanto a la metodología llevada a cabo y el alcance del estudio, información de interés para el desarrollo.

Sarduy, González, Barreto y Corrales en el año 2018, realizaron un estudio titulado “Tratamiento de recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo”, el objetivo fue evaluar los resultados del tratamiento de la recesión periodontal mediante el injerto libre de encía y el colgajo de reposición coronal asociado a tejido conectivo subepitelial. Realizaron una investigación descriptiva longitudinal y prospectiva. Obtuvieron como resultado que el porcentaje de cobertura radicular fue mayor con la utilización del colgajo de reposición coronal más injerto de tejido conectivo subepitelial. Con el empleo de esta técnica se obtuvo una mayor ganancia de encía insertada, la cual aumentó con el tiempo, así como la integración total. Concluyen que en la evaluación del resultado de la terapéutica predominaron las categorías de bien y excelente, por lo que se consideró efectivo el tratamiento realizado ¹⁰. El aporte es de gran interés para la investigación en cuanto a sus resultados y teorías llevadas a cabo.

Collantes en el mismo año 2018, realizó el trabajo titulado “Tratamiento de recesiones gingivales en piezas dentarias con injerto de tejido conectivo”, el objetivo fue describir la eficacia del tratamiento de las recesiones gingivales con injerto de tejido conectivo. Este trabajo de investigación fue documental, obtuvo información certificada, de fuentes bibliográficas primarias y secundarias. Obtuvo como resultado que el tratamiento más eficaz para la cobertura de las recesiones gingivales grado I y II de Miller, es por medio de injertos de tejido conectivo, logrando un porcentaje de casi 100% de cobertura radicular y reparación de los tejidos periodontales, el cual recomienda que debe ir acompañado de una higiene oral adecuada por parte del paciente, para evitar recidivas ¹¹. De igual forma, este estudio tiene relación a la investigación dado al tratamiento aplicado, por lo que sus resultados son relevantes

para el alcance de los objetivos.

Bases Teóricas

Cambios en la posición de la encía (recesión gingival atrofia gingival)

La recesión gingival, es la exposición progresiva de la superficie radicular, debido a la migración apical de la encía marginal, es considerado un hallazgo clínico más que un diagnóstico. Para que entiendan el significado de la recesión gingival, debe distinguirse entre las posiciones reales y aparentes de la encía. La posición real es el nivel de la adherencia epitelial en el diente, mientras que la posición aparente es el nivel del borde del margen gingival, la posición real de la encía determina la gravedad de la recesión, la posición aparente no. Hay dos tipos de recesión: Visible se observa en forma clínica y oculta cubierta por la encía y solo puede medirse al insertar una sonda hasta el nivel de la adherencia apical ¹². Esto, repercutirá directamente sobre el paciente produciendo dolor ante distintos estímulos, situación que puede dificultar la vida cotidiana de los pacientes que lo padecen, además de presentar complicaciones estéticas que pueden afectar la autoestima y con ello traer como consecuencia la hipersensibilidad dentinaria, siendo el principal factor de riesgo la recesión gingival ⁴.

Etiología de las recesiones gingivales

La recesión gingival es la pérdida total o parcial de la encía que cubre a la raíz, teniendo como resultado un margen gingival apical, provocando exposición de la superficie radicular de piezas dentarias. Se puede presentar en forma localizada como generalizada. La etiología de las recesiones gingivales se debe a factores predisponentes y factores desencadenantes. Entre los factores predisponentes se encontraron: 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 ortodóntico fuera del límite del proceso alveolar. Sin embargo, son el trauma provocado por el cepillado y las lesiones gingivales asociados a placa bacteriana, los que deben considerarse como factores causales principales de recesión gingival ¹³.

Clasificación de las recesiones gingivales

Existen varias propuestas que clasifican las recesiones gingivales. Inicialmente, Sullivan y Atkins en 1968, clasificaron la recesión gingival en cuatro categorías morfológicas ¹⁴:

- superficial-angosta.
- superficial-amplia.
- profunda-angosta.
- profunda-amplia.

Existe una clasificación para estos defectos mucogingivales y se compone de:

- Clase I: Abarca la recesión del tejido marginal que no se extiende hasta la unión mucogingival.
- Clase II: Está compuesta por la recesión de tejido marginal que se extiende hasta o más allá de la unión mucogingival. No hay pérdida de hueso o tejido blando en la zona interdental. Este tipo de recesión puede subclasificarse en amplia y angosta, correspondiendo a los grupos 3 y 4 de la clasificación de Sullivan y Atkins.
- Clase III: La recesión de tejido marginal se extiende más allá o hasta la unión mucogingival; además hay pérdida ósea o de tejido blando o de ambos, o hay

malposición del diente.

- Clase IV: Se extiende hasta o más allá de la unión mucogingival con pérdida ósea y de tejido blando interdental grave o mal posición dental grave o ambos ¹⁴.

Se describe una nueva clasificación para las recesiones gingivales ¹⁵:

- R1- recesión gingival sin pérdida de unión interproximal, el límite amelocementario (CEJ) proximal no es visible.
- R2- recesión gingival con pérdida de unión interproximal. La pérdida proximal es menor o igual que la vestibular, medida del límite amelocementario (proximal y vestibular) hasta el fondo de la bolsa.
- R3- La pérdida proximal es mayor que la vestibular, medidas del CEJ al fondo de bolsa.

Esta clasificación utiliza como parámetro fundamental el nivel de inserción proximal. R1 se asocia a pacientes sanos; R2 y R3 se asocian a patología periodontal. No toma en cuenta la cantidad de tejido queratinizado ¹⁵.

Factores de riesgo

El tabaco es considerado como el mayor factor de riesgo modificable que puede contribuir al fracaso de los procedimientos quirúrgicos mucogingivales. La higiene oral es otro factor de riesgo que puede ser modificado. Malos hábitos como el uso inapropiado de elementos en la encía, palillos o posicionamiento de las uñas, el tratamiento ortodóntico, defectos alveolares, escasa encía adherida, inserción alta de frenillos, apiñamiento entre otros, deben ser corregidos para evitar las recesiones y su posible corrección quirúrgica. Las características anatómicas pueden contribuir a la recesión gingival, especialmente si el periodonto es delgado. Esto ocurre con frecuencia en dientes en mal posición, sin embargo, estos problemas no son considerados como significativos, ya que las técnicas quirúrgicas modernas proveen al clínico la posibilidad de ser tratados con éxito ¹.

Consecuencias de la recesión gingival

Las principales quejas que ocasiona en los pacientes son los problemas estéticos y de hipersensibilidad, siendo esta última un factor que dificulta la remoción de placa bacteriana en la zona del defecto; también son comunes los problemas de caries radicular, molestias y mayor susceptibilidad a la inflamación. Por esta razón, las recesiones gingivales son consideradas como un problema funcional-estético recurrente y de especial atención en lo que corresponde a la cirugía plástica periodontal ¹⁶.

Cirugía mucogingival

La cirugía mucogingival está destinada a preservar o crear una cantidad adecuada de encía adherida, cuando elimina las inserciones musculares aberrantes o frenillos que ejerzan fuerzas de tracción sobre el margen gingival, aumentar la profundidad del vestíbulo, corregir las retracciones gingivales, aumentar la banda de encía queratinizada y eliminar bolsas periodontales y engloba una serie de técnicas quirúrgicas, diseñadas para corregir defectos de la morfología, posición y cantidad de encía peridentaria ⁷.

Asimismo se puede definir que el sector anterior es la zona de la arcada donde más estética demanda la mayoría de los pacientes. En ocasiones, pequeños defectos gingivales pueden cobrar gran importancia al alterar la armonía y la simetría de la sonrisa y es donde más demanda existe para indicar la cirugía mucogingival. Sin embargo, en estos casos, es muy importante diagnosticar correctamente para poder planificar un tratamiento predecible, satisfactorio y duradero de la alteración gingival teniendo en cuenta siempre los requerimientos estéticos del paciente, así como los

funcionales y de salud para saber si verdaderamente requiere una cirugía mucogingival ¹⁷.

Indicaciones para realizar cirugía mucogingival

La mayor problemática en la población adulta es la recesión gingival que es una enfermedad periodontal, por lo cual esta alteración también se ha diagnosticado en personas periodontalmente sanas y comprometidas. Es decir, la cirugía puede estar indicada en un paciente completamente sano o comprometido ¹⁸. Entre las indicaciones para realizar cirugía mucogingival se encuentran ⁵:

- Indicación estética demandada por el paciente.
- Recesión progresiva (se ha constatado su evolución en el tiempo).
- Hiperestesia dentinaria.
- Lesión cariosa superficial de la superficie radicular.

Técnicas quirúrgicas periodontales para el tratamiento de las recesiones gingivales

No existe una sola técnica quirúrgica estandarizada para todos los casos. Cada uno de los procedimientos quirúrgicos está diseñado para una situación específica o con un objetivo predeterminado. En cada caso se utilizan diferentes técnicas para cumplir con los objetivos globales del tratamiento quirúrgico periodontal ¹⁹.

Entre las técnicas quirúrgicas periodontales para el tratamiento de las recesiones gingivales, se tiene ⁷:

- Injertos de tejido conectivo subepitelial: Esta técnica quirúrgica es considerada

en la actualidad como el camino más efectivo para la obtención de una cobertura radicular predecible con un alto nivel cosmético. Esta técnica combina un colgajo que recubre el injerto y un lecho vascular asegurando así la nutrición del injerto.

- Injertos de encía libre: Aunque el injerto de encía libre no es rutinariamente utilizado como el tratamiento de elección para los procedimientos de cobertura radicular, alguna regeneración periodontal ha sido descrita con esta técnica. Cuando de aumentar el ancho de la encía queratinizada y reposicionar inserciones musculares se trata, el injerto libre de encía es de elección ²⁰.

- Colgajos pediculados: Son utilizados si los tejidos son adecuados y el incremento de la encía queratinizada no es un logro de la cirugía, los procedimientos de colgajos pediculados sin un injerto son una opción de tratamiento seria. Con el empleo de esta técnica se logró cubrir la recesión periodontal de manera efectiva y aumentó el ancho de la encía insertada en la zona ²¹.

- Regeneración tisular guiada: Técnicamente se demanda la regeneración Tisular Guiada y cuando se ejecuta correctamente se puede conseguir una regeneración periodontal importante mostrando en el posoperatorio en la mayoría de los casos una adecuada cicatrización de los tejidos, disminución de la profundidad al sondeo y una evidencia radiográfica de llenado del defecto y formación ósea ²².

- Injerto de tejido conjuntivo: Es una herramienta indispensable en cirugía mucogingival periodontal e implantológica tanto del punto de vista funcional como estético, donde el porcentaje de cobertura radicular es mayor con la utilización del colgajo de reposición coronal más injerto de tejido conectivo subepitelial. Con el empleo de esta técnica se obtiene en la mayoría de los casos mayor ganancia de encía insertada ²³.

- Autoinjerto gingival libre: Alisado radicular con aplicación de ácido cítrico saturado por 5 minutos con una torunda de algodón, bruñido sobre la raíz y culmina colocando el colgajo en sentido coronal.
- Autoinjerto libre de tejido conectivo: Cobertura del injerto con papel aluminio y apósito periodontal.
- Autoinjerto pediculado: Se realiza de dos formas: desplazado lateralmente o desplazado en sentido coronario. Es una técnica que permite el aumento de tejidos blandos ²⁴.
- Desplazado lateralmente en sentido Horizontal: Proteger el colgajo y el sitio donador con papel aluminio y apósito periodontal blando, luego de una semana se retira el apósito y los puntos.
- Desplazado en sentido Coronario: Se devuelve el colgajo a su lugar y se sutura más coronal respecto de su posición original.
- Semilunar pediculado de TARNOW: El tejido se hunde en sentido coronario y cubre las raíces desnudas, no se requiere suturar o colocar apósito. No se recomienda para dientes inferiores.
- Injerto de tejido conectivo subepitelial o de Langer: Consiste en formar un lecho receptor en el sitio a tratar donde se levanta un colgajo de espesor parcial, se coloca el injerto de tejido conjuntivo subepitelial, se estabiliza, se cubre con el colgajo y se sutura sin crear tensión que comprometa su vascularización. Su objetivo es mejorar la estética obteniendo resultados más naturales y acordes con los tejidos circundantes ²⁵.

- Regeneración tisular guiada para cobertura radicular, descrita por Pini-Prato y colaboradores, colocando el colgajo en sentido coronario y se sutura.
- Técnica de bolsillo y túnel: Se coloca un apósito periodontal para proteger el sitio quirúrgico.
- Sitio donante de tejido conectivo para el tratamiento de recesiones gingivales: Los sitios donantes son el paladar, la tuberosidad, la parte interna de un colgajo mucoperiostico o/y una zona desdentada. La toma palatina en la región entre canino y primer molar ha sido establecido como el procedimiento de elección ¹¹. El mayor grosor de la mucosa palatina se encuentra a este nivel y decrece hacia la zona molar. Se incrementa desde el margen gingival hacia la sutura palatina. Aumenta con la edad y es menor en mujeres. El grosor de la mucosa palatina y altura de la bóveda palatina son factores importantes a tener en cuenta al seleccionar la técnica de toma del injerto ⁵.

Glosario de términos

Cirugía Mucogingival: Consiste en todo tratamiento periodontal destinado a la corrección de defectos morfológicos, de posición o cantidad de tejidos blandos y soporte óseo subyacente alrededor de dientes e implantes ²⁶.

Cirugía plástica periodontal: Es definida como los procedimientos quirúrgicos realizados para prevenir o corregir defectos anatómicos evolutivos, traumáticos y patológicos de la encía, mucosa o hueso alveolar ²⁷.

Cobertura radicular: Tiene como objetivo eliminar por completo el defecto de la recesión gingival devolviendo un buen aspecto con los tejidos adyacentes y

obteniendo profundidad de sondeo mínimo posterior al saneado ²⁸.

Colgajo: Es una porción de piel y tejido o tejidos subcutáneos que se trasladan de una región corporal a otra, manteniéndose unida al área donante por un pedículo o base a través del cual recibe irrigación, con excepción de los colgajos libres, los cuales se separan de su área donante cortando el pedículo nutricional y posteriormente anastomosándolo al sitio receptor mediante técnicas de microcirugía ²⁹.

Curetaje: Forma parte del procedimiento quirúrgico y tiene como finalidad remover el contenido presente en el interior de la cavidad quirúrgica, como tejido de granulación, restos de membrana quística, y cuerpos extraños involucrados ³⁰.

Encía insertada: Es la encía firme y resiliente, la cual está fija al periostio subyacente del hueso alveolar. También llamada encía adherida, es de color rosa coral y suele mostrar un punteado delicado que le da aspecto de cáscara de naranja ³¹.

Encía marginal: Es el margen terminal o borde de la encía que rodea los dientes a modo de collar, es de color rosa coral, tiene una superficie opaca y consistencia firme. El epitelio de la encía marginal puede ser de dos tipos; queratinizada o paraqueratinizada ³².

Exposición Radicular: Es un proceso en el que la encía se retrae apicalmente y así deja parte del diente descubierto, este puede provocar desde una sensibilidad hasta la pérdida de la pieza dentaria también puede producir una desarmonía estética ³³.

Implantología Oral: Tiene un papel preponderante en la época actual, para mejorar la calidad y la cantidad de hueso en aquellos pacientes que sufren una gran atrofia y reabsorción de los rebordes alveolares residuales ³⁴.

Injerto: Es una fina porción de epidermis y dermis (espesor parcial - espesor total) que se separa en su totalidad del área donante y se lleva a otro sitio para cubrir el defecto cutáneo ²⁹.

Línea mucogingival: Es una característica anatómica que se encuentra en la mucosa intraoral cubriendo la raíz dental. Existe la cirugía mucogingival que es una opción terapéutica para tratar de cubrir la raíz dental expuesta ³⁵.

Migración apical: Es un hallazgo clínico muy frecuente que a menudo ocasiona problemas estéticos para los pacientes y no les permite mantener un buen control de placa en estas zonas, lo cual puede derivar en sensibilidades e incluso caries dental ³⁶.

Surco gingival: Es el surco poco profundo o espacio circundante del diente que está formado por la superficie dental de un lado y el revestimiento epitelial del margen libre de la encía por el otro. Su tamaño normal es 2 a 3 mm ³¹.

Técnica de Túnel: desplazada lateralmente y favorece el acceso del injerto de tejido conectivo a la superficie, logrando un recubrimiento radicular favorable ³⁷.

Terapia Periodontal: es la clave para el control y el mantenimiento de la enfermedad periodontal logrando evitar la fase quirúrgica en muchos casos ³⁸.

Unión Amelocementario: Es el límite entre el esmalte dental y el cemento radicular en la región cervical; donde las fibras gingivales se unen al diente ligeramente hacia apical en salud, por lo tanto, representa un punto de referencia importante en la salud periodontal, de tal manera que el margen punto de referencia para el diagnóstico periodontal está gingival está ubicado en normalidad al momento de la erupción entre 1 y 2 mm coronal a la unión amelocementaria ³⁹.

Bases Legales

Las bases Legales, como su nombre lo indica son el soporte legal bajo el cual se desarrolla una investigación dentro del ámbito nacional o internacional. En este caso se fundamenta en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, la Ley sobre Derecho de Autor y la Decisión 351 de la Comisión del Acuerdo de Cartagena que contiene el Régimen Común sobre Derecho de Autor y Derechos Conexos.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999.

Como ley fundamental la Constitución es garantía de los derechos que gozan los ciudadanos venezolanos en el territorio nacional, entre ellos el artículo 57 (Derechos Civiles) y el 98 (Derechos Culturales y Sociales), se pueden considerar como soporte para esta investigación ⁴⁰.

Artículo 57. Toda persona tiene derecho a expresar libremente sus pensamientos, sus ideas u opiniones de viva voz, por escrito o mediante cualquier otra forma de expresión, y de hacer uso para ello de cualquier medio de comunicación y difusión, sin que pueda establecerse censura. Quien haga uso de este derecho asume plena responsabilidad por todo lo expresado. No se permite el anonimato, ni la propaganda de guerra, ni los mensajes discriminatorios, ni los que promuevan la intolerancia religiosa. Se prohíbe la censura a los funcionarios públicos o funcionarias públicas para dar cuenta de los asuntos bajo sus responsabilidades ⁴⁰.

El contenido de este artículo es referencia para la libertad de expresión

comprendida entre sus lineamientos, por lo cual la creación de un artículo científico es una expresión del derecho civil al cual se tiene pleno goce y disfrute.

Artículo 98. La creación cultural es libre. Esta libertad comprende el derecho a la inversión, producción y divulgación de la obra creativa, científica, tecnológica y humanística, incluyendo la protección legal de los derechos del autor o de la autora sobre sus obras. El Estado reconocerá y protegerá la propiedad intelectual sobre las obras científicas, literarias y artísticas, invenciones, innovaciones, denominaciones, patentes, marcas y lemas de acuerdo con las condiciones y excepciones que establezcan la ley y los tratados internacionales suscritos y ratificados por la República en esta materia ⁴⁰.

En los derechos culturales y sociales la Constitución garantiza, los derechos de autor, entre otros aspectos, apoyando la creación libre y su reconocimiento nacional e internacional

Ley sobre Derecho de Autor, 1993.

Artículo 1.- Las disposiciones de esta Ley protegen los derechos de los autores sobre las obras del ingenio de carácter creador, ya sea de índole literaria, científica o artística, cualquiera sea su género, forma de expresión, mérito o destino.

Artículo 2.- Se consideran comprendidas entre las obras del ingenio a que se refiere el artículo anterior, especialmente las siguientes: los libros, folletos y otros escritos literarios, artísticos y científicos, incluidos los programas de computación...

Artículo 7.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 104, se presume, salvo prueba en contrario, que es autor de la obra la persona cuyo nombre aparece indicado como tal en la obra de la manera acostumbrada

o, en su caso, la persona que es anunciada como autor en la comunicación de la misma ⁴¹.

Las autoras del artículo que se redactará, como creación original están amparadas en esta ley, dado que es de carácter científico y tiene autores definidos. Como lo establecen los artículos 1, 2 y 7.

Artículo 9.- Se considera obra hecha en colaboración aquélla a cuya creación han contribuido varias personas físicas.

Se denomina compuesta la obra nueva en la cual esté incorporada una obra preexistente sin la colaboración del autor de esta última...

Artículo 11.- El derecho de autor sobre la obra compuesta corresponde al autor que la haya realizado; pero quedan a salvo los derechos del autor de la obra preexistente ⁴¹.

Los artículos antes citados, hace alusión al tipo de obra y a los derechos de autores preexistentes, En este caso, se considera la creación científica a realizar, como una obra compuesta, puesto que se incorporará material preexistente, sin la colaboración de los autores a quienes pertenece la información, respetando su derecho al hacer las respectivas citas referenciales.

Artículo 18.- Corresponde exclusivamente al autor la facultad de resolver sobre la divulgación total o parcial de la obra y, en su caso, acerca del modo de hacer dicha divulgación, de manera que nadie puede dar a conocer sin el consentimiento de su autor el contenido esencial o la descripción de la obra, antes de que aquél lo haya hecho o la misma se haya divulgado.

Artículo 19.- En caso de que una determinada obra sea publicada o divulgada por persona distinta a su autor, éste tiene el derecho de ser reconocido como tal, determinando que la obra lleve las indicaciones correspondientes ⁴¹.

Los artículos 18 y 19 establecen lo referente a la responsabilidad de la publicación de las obras producidas, dando prioridad al autor o autores para determinar la forma de su publicación, inclusive si es publicada por un tercero, el derecho de autor será inviolable. En el caso de este artículo científico, las autoras tienen el derecho de su publicación en un determinado medio de comunicación, reconociendo en principio los que sugiera la Universidad José Antonio Páez. En resumen, todos los artículos antes citados de la Ley sobre Derecho de Autor, son solo una muestra para ubicar dentro del contexto legal el artículo científico que se creará, haciendo notar que como autoras están amparadas en esta legislación, y su vez obligadas a su cumplimiento.

Decisión 351 de la Comisión del Acuerdo de Cartagena que contiene el Régimen Común sobre Derecho de Autor y Derechos Conexos, 1993.

El régimen común de derechos de autor fue aprobado el 17 de diciembre de 1993 por medio de la Decisión 351 de la Comisión del Acuerdo de Cartagena, para reconocer una adecuada y efectiva protección internacional, a los autores y demás titulares de derechos, sobre las obras de ingenio, en el campo literario, artístico, científico, u otro género. Para demostrar su aplicabilidad en este estudio, se seleccionó un articulado que a continuación se presenta ⁴².

Artículo 1.- Las disposiciones de la presente Decisión tienen por finalidad reconocer una adecuada y efectiva protección a los autores y demás titulares de derechos, sobre las obras del ingenio, en el campo literario, artístico o científico, cualquiera que sea el género o forma de expresión y sin importar el mérito literario o artístico ni su destino.

Artículo 2.- Cada País Miembro concederá a los nacionales de otro país, una protección no menos favorable que la reconocida a sus propios nacionales en materia de Derecho de Autor y Derechos Conexos.

Artículo 4.- La protección reconocida por la presente Decisión recae sobre todas las obras literarias, artísticas y científicas que puedan reproducirse o divulgarse por cualquier forma o medio conocido o por conocer, y que incluye, entre otras, las siguientes:

- a) Las obras expresadas por escrito, es decir, los libros, folletos y cualquier tipo de obra expresada mediante letras, signos o marcas convencionales...⁴²

Los artículos citados son referencia para que a nivel nacional como internacional los derechos de autor sean respetados, cualquiera sea el país y la obra producida. Cada creación y su autor igualmente están sometidos al cumplimiento de la legislación al respecto, sin que amerite su desconocimiento.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva bajo la modalidad de reporte de caso clínico, dado a que el objetivo fundamental de los estudios de caso es conocer y comprender la particularidad de una situación para distinguir cómo funcionan las partes y las relaciones con el todo ⁴³.

Nivel de profundidad de la investigación

Según el nivel de profundidad la presente investigación es de tipo descriptiva, esta busca especificar las propiedades importantes y relevantes del objeto de estudio. Permiten caracterizar situaciones, o cualquier fenómeno según sus propiedades o atributos ⁴³.

Diseño de investigación

La investigación estuvo bajo un diseño de campo, es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios). Esta se realiza en el medio donde se desarrolla el problema, o en el lugar donde se encuentra el objeto de estudio, el investigador recoge la información directamente de la realidad ⁴⁴.

Procedimiento metodológico

Para el desarrollo de los objetivos propuestos se utilizaron los lineamientos de la guía CARE para ordenar la información referente a un caso clínico. Para su alcance

se desarrollaron tres fases; en las condiciones iniciales se da a conocer el caso del paciente, luego se describe la aplicación del tratamiento y por último el tratamiento correspondiente ⁴⁵. Se empleó el análisis de contenido, en el que demostraron a través de un caso clínico la efectividad de la cirugía mucogingival a través del uso de injerto de tejido conectivo.

Etapa I. Condición inicial del paciente

Se selecciona el paciente con recesión gingival múltiple, sin enfermedades sistémicas y antecedentes patológicos, con pérdida parcial de la encía que cubre la raíz. Entre los aspectos de evaluación del paciente se tiene:

- Evaluación clínica.
- Anamnesis para la recolección de datos y factores etiológicos.
- Sondaje minucioso
- Evaluación imagenológica a través de estudio panorámico.

Etapa II. Tratamiento quirúrgico de injerto de tejido conectivo

En esta segunda etapa, se procede a aplicar tratamiento quirúrgico de injerto de tejido conectivo en el paciente, para tal caso se aplicaron dos técnicas de tratamiento, la técnica de injerto de tejido conectivo y la técnica de tunelización; siendo el instrumental empleado: triada: básico, espejo, explorador, pinza algodонера.; sonda periodontal de William Fox; mango de bisturí hoja de bisturí 15c; tunelizador de los hermanos Salama; bisturí de Orban; pinza para tejido; sutura nylon 5.0 y 6.0; aguja c12; pinza porta aguja tipo Castro viejo y tijera para sutura, separador de Minnesota, periostótomo Prichard, suero fisiológico, gasa estéril, jeringa carpule, anestesia con epinefrina al 2% y cánula de alta succión.

Etapa III. Evolución del paciente postoperatorio

Ya aplicado el tratamiento, se procedió a evaluar la evolución del paciente postoperatorio a corto y largo plazo, siendo las características evaluadas: el estado de la encía (color, tamaño, posición, textura, consistencia, contorno), estado estético (color y tamaño armónico comprobado con aplicación de sondaje), y el estado periodontal (encía sana, color rosa, periodonto sano, sin estado de edema o inflamación, sin presencia de exudado purulento).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

La recesión gingival arroja un efecto antiestético y conlleva a la baja autoestima limitando el efecto de sonreír por un cambio en la posición del margen gingival o migración de la encía. En el siguiente caso se presenta una recesión gingival múltiple donde el paciente acude a consulta odontológica describiendo su preocupación por que la encía se encuentra en una posición más baja que sus dientes adyacentes. La vital importancia de este caso clínico es encontrar el diagnóstico y aplicación del tratamiento correcto para devolver al paciente su salud periodontal y su condición estética preservando al máximo sus dientes.

Reporte del caso clínico

Etapa I. Condición inicial del paciente

Se presenta un paciente masculino de 48 años de edad, natural y procedente de Cúcuta norte de Santander-Colombia, de ocupación vigilante, domiciliado en Valencia, estado Carabobo. Refiere incomodidad con respecto a la posición de su encía y sensibilidad a los cambios térmicos por lo que acude a consulta odontológica con el motivo de “Siento que la encía está más abajo que los otros dientes, se me ve la raíz y siento mucha sensibilidad”.

Se le realizó una evaluación clínica, el paciente no se encuentra comprometido sistémicamente, presentó una etiología multifactorial que incluye tratamiento ortodóntico, posición de encía por debajo de la línea amelocementaria, color de encía rosa pálido con consistencia dura y fibrosa con aumento de puntillado de cascara de naranja, pérdida ósea que trae como consecuencia la retracción gingival.

Además, se observó mal oclusión y técnica de cepillado inadecuada, dando lugar a una recesión gingival que abarca hasta tercio medio en UD 42, 41, 31,32 y 33

(figura 1). Presentó alteración de festoneado con Nichos tipo III en mesial y distal de UD 31 y presencia de Nicho tipo II en distal de UD 32.



Figura 1. Radiografía panorámica del paciente, recesión gingival que abarca hasta tercio medio en UD 42, 41, 31, 32 y 33.

La radiográfica arroja como diagnóstico diferencial periodonto sano y reducido por fuerzas ortodónticas excesivas con reabsorción radicular externa en incisivos/ R2- recesión gingival con pérdida de unión interproximal. Se utilizó para el diagnóstico definitivo la clasificación de Cairo, siendo esta la más actualizada. Se le diagnóstico según clasificación de Miller recesión tipo 2 recesión gingival con pérdida de unión interproximal ósea leve menor al 15% con reabsorción radicular en incisivos centrales inferiores. La pérdida proximal es menor o igual que la vestibular, medida del límite amelocementario (proximal y vestibular) hasta el fondo de la bolsa.

Se selecciona el paciente con recesión gingival múltiple, con pérdida parcial de la encía que cubre a la raíz, provocando exposición de la superficie radicular de piezas dentarias, además de, indicación estética demandada por el paciente, recesión progresiva, evolucionando en el tiempo e hiperestesia dentinaria, a cirugía periodontal con el fin de eliminar la recesión gingival, un control de placa, profilaxis bucal y raspado y alisado radicular. Tratamiento de recubrimiento de UD 43,42,41,31

y 33.

Etapa II. Aplicación del tratamiento

Tomando en cuenta el diagnóstico del paciente con un periodonto sano pero reducido, presentando recesiones gingivales que pueden ser mejoradas y raíces sin cobertura radicular expuestas a la cavidad bucal, se busca con la aplicación de este tratamiento, evitar que se pueda ocasionar a futuro alguna patología pulpar y con ellos suprimir el avance de la recesión gingival presente.

Luego de cumplir con la fase higiénica, asepsia y antisepsia del campo operatorio, se procede a anestésiar la zona, utilizando como técnica anestésica troncular con relación al foramen mentoniano con bloqueo del nervio alveolar inferior. Posteriormente se realizan las incisiones intrasulcular a nivel de la UD 33, por la zona vestibular, que va de mesial a distal de la pieza dental sin poner en riesgo los tejidos adyacentes, con un colgajo parcial sin relajantes oblicuas, logrando con esta incisión que el tejido apical tenga una buena movilidad y desplazamiento coronal ²⁸. Se continua con incisiones verticales hacia mesial y distal de 3 mm aproximadamente en dirección apical. Esto, con el objetivo de desplazar un colgajo mucoperiostio para ser posicionado coronalmente.

Consecuentemente se realiza raspado y alisado radicular y biomodificación con Tetraciclina de la raíz de UD 33 por un tiempo aproximado de cinco minutos, logrando un micrograbado por el *pH* ácido donde se realizan perforaciones en la dentina y esmalte para obtener la reinscripción de las fibras gingivales alcanzando cierta retención, así mismo disminuye la carga bacteriana en la zona de la recesión gingival. Luego se irriga con solución fisiológica al 0.9 %. Se procede a tomar injerto de tejido conectivo en el paladar. Realizando técnica de bolsillo, de inmediato se fija el tejido conectivo con puntos de sutura discontinuos simples hacia lingual de UD 33. Se posiciona coronalmente el colgajo sin realizar tensión. Utilizando sutura monofilamento 5.0 aguja C12 con puntos discontinuos simples.

De igual manera, a nivel de la zona UD 43 a UD 32. Se utiliza lámina de bisturí N°15C y bisturí de Orban, además del tunelizador de los hermanos Salama. Para realizar desinserción del margen gingival y encía adherida. Luego de preparar la zona receptora, se toma injerto de tejido conectivo en el paladar, utilizando injerto libre y retirando el epitelio para dejar una superficie delgada de tejido conectivo no superior a los 2mm.

Se tuneliza desde la zona de UD 43 a UD 31 y se fija injerto con puntos simples y discontinuos hacia distal de UD 43 y UD31. Tomando en cuenta que la técnica de tunelización en cirugía plástica periodontal permite el logro de la cobertura radicular de recesiones múltiples en dientes correctamente alineados para mejorar los resultados estéticos ⁴⁶, quedando ligeramente expuesto el injerto al medio bucal (Ver figura 2). Luego del acto quirúrgico se recuerda al paciente los cuidados que debe tener, indicando una dieta blanda y líquida, técnica de cepillado en forma de barrido, de abajo hacia arriba y se le indica una próxima cita a los 15 días.



Figura 2. Imagen postoperatoria inmediata.

Recesión gingival múltiple de UD 43, 42, 41,31 y 33. Se empleó la técnica de Tunelización en UD 43, 42, 41,31. En la UD 32 no se realizó recubrimiento de esa raíz debido a que en la zona de UD 33 se hizo técnica de colgajo desplazado coronalmente con injerto de tejido conectivo.

Seguidamente se procede a realizar la prescripción de medicamentos postoperatorios: Amoxicilina 500 mg tabletas tomar 1 tableta cada 8 horas por 7 días, Esomeprazol 40 mg tomar 1 cápsula en ayunas por 8 días, Ibuprofeno de 800 mg tabletas tomar 1 tableta cada 8 horas por 3 días, solución fisiológica 500 mL al 0.9% realizar enjuagues cada 12 horas por 7 días. Cantidad 5mL puro.

ETAPA III. Evolución del paciente

Primer control 18/03/2020, a los 15 días de la cirugía

Transcurridos los 15 días postoperatorios, se realiza control para ver la evolución del paciente, encontrándose en un proceso de cicatrización fisiológico y se logra observar la restitución de la cobertura radicular. El éxito del tratamiento es de un 90%, con restitución del color, contorno, altura, posición, textura y tamaño de la encía.

- Color: Rosa coral
- Tamaño: Fisiológico
- Posición: Sobre la unión cemento esmalte
- Textura: Puntillado de cascara de naranja
- Consistencia: Firme y resiliente
- Contorno: Festoneado

Además de un estado estético deseable por el paciente y tamaño armónico comprobado con aplicación de sondaje así como un periodonto sano sin edemas ni

exudados. Paciente conforme con el tratamiento y devolución del efecto estético (Ver figura 3).



Figura 3. Evaluación postquirúrgica a los 15 días. Proceso de cicatrización fisiológico y se realizó el retiro de los puntos de sutura.

Segundo control 03/03/2022

A los dos años se realiza un segundo control, encontrando un paciente contento y satisfecho con el resultado de su tratamiento, obteniendo cobertura radicular y la estética deseable, así mismo se le realiza la debida fase higiénica y se recuerdan los cuidados en cuanto higiene dental se refiere, el éxito del tratamiento está basado en un 80% al 90% (Ver figura 4).



Figura 4. Evolución postquirúrgica a los dos años: a) condición inicial, b) resultados post operatorio.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue evaluar clínicamente la eficacia del abordaje quirúrgico con la técnica de tunelización y el injerto de tejido conectivo como tratamiento para la recesión gingival.

Diversos estudios han discutido y establecido que la técnica quirúrgica en los casos de recesión gingival mejora de manera considerable la condición de los tejidos blandos en relación a la restitución de la cobertura radicular.

En el presente estudio, los resultados obtenidos permiten reportar una cobertura radicular aproximada del 85%, promedio comparable al logrado en estudios previos por Pini Prieto y Col de un 72,7%⁴⁷.

Otros estudios previos con éxito en el tratamiento mencionan a Harris⁴⁸, el cual atendió 100 pacientes con 146 recesiones tipo clase I y II de Miller y obtuvo 98,4 % de éxito en 18 meses de acompañamiento. Bouchard⁴⁹ obtuvo un 70 - 80 % de éxito. Ribeiro⁵⁰, refirió un éxito del 95 % para recesiones menores que 3 mm, 80,6 % y 76,66 % para regiones de 5 mm. Bittencourt⁵¹, obtuvo 76,47% de recubrimiento en las recesiones clase I de Miller en 6 meses de acompañamiento. Moses⁵² observo

recubrimiento de 86,8% en 12 meses de 84,3% en 24 meses de acompañamiento. Pilloni ⁵³ evaluó 30 pacientes con recesiones gingivales clase I y II de Miller. Después de 18 meses se observó reducción en profundidad de sondeo, ganó inserción clínica y disminución en la recesión gingival. Carvalho ⁵⁴ obtuvo recubrimiento de 96,7%.

Este porcentaje alto de cobertura radicular lograda puede ser atribuido a la técnica quirúrgica utilizada (técnica de bolsillo) y al sitio donante. Además algunos autores coincidieron sobre el alto índice de éxito del injerto de tejido conectivo en el tratamiento de recesiones gingivales, especialmente en las clases I y II de Miller, mientras que, en la clase III, se obtiene un recubrimiento parcial de las superficies radiculares expuestas y en la clase IV no hay buenos resultados. 6

Sin embargo, otros autores, manifestaron que los resultados en la clase III de Miller y en recesiones gingivales de gran extensión son poco satisfactorios con esta técnica, por la falta de tejido óseo de soporte y periostio, en la zona receptora, los mismos que, son necesarios para dar estabilidad y lograr una mejor adhesión del injerto de tejido conectivo, logrando así obtener una adecuada cobertura radicular.

En el mismo ámbito de ideas, se le añade cierta responsabilidad al éxito del tratamiento a la colaboración del paciente, por su parte, haciendo uso de las indicaciones dadas, suprimiendo los factores etiológicos reportados en la fase inicial.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En base a los objetivos propuestos en la presente investigación se concluye, que las recesiones gingivales tienen una etiología multifactorial, principalmente la presencia de placa bacteriana, ya sea por defectos anatómicos que actúan como factor retentivo de placa o por una incorrecta higiene oral. Así como diversos factores influyentes, entre los que se incluye el cepillado dental brusco o la aplicación de fuerzas ortodónticas excesivas sobre el diente.

Las recesiones gingivales provocan un efecto negativo tanto para la salud periodontal del paciente, como para su autoestima, debido a que afectan a la parte estética. El cubrimiento de las mismas es una terapia frecuente en el área de periodoncia. El tratamiento más eficaz para las recesiones gingivales grado I y II de Miller, es por medio de injertos de tejido conectivo, logrando un porcentaje de casi 100% de cobertura radicular y reparación de los tejidos periodontales.

En general se puede decir que el tratamiento quirúrgico de injerto de tejido conectivo resulta significativamente efectivo en la reversión de la cobertura radicular de tres a seis meses posteriores al tratamiento.

Recomendaciones

Antes de realizar el plan de tratamiento para la recesión gingival, es necesario realizar un diagnóstico adecuado y luego eliminar los factores etiológicos estableciendo una buena comunicación con el paciente para obtener mejores resultados.

Se recomienda al profesional, precisar el tipo de recesión que presenta el paciente, antes de prometerle resultados favorables, ya que si esta no se puede resolver, no habrá éxito en el tratamiento.

Es necesario que el odontólogo, tenga los conocimientos científicos y además, destrezas adquiridas para realizar el tratamiento de las recesiones gingivales, de esta manera, se evitará contratiempos antes, durante y después del tratamiento quirúrgico periodontal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ardila CM. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Av Periodon Implantol.* 2009; 21 (2):35-43.
2. Vignaut RL. Injerto de tejido conectivo para recubrimiento radicular. A propósito de tres técnicas quirúrgicas. *Rev. Gac. Dent.* 243, enero 2013.
3. Veloz WA. Factores de riesgo de recesión gingival en personas adultas. [Tesis de grado]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2021.
4. Mata N, Jiménez C, Sánchez KP. Recesión gingival y su efecto en la hipersensibilidad dentaria. *Rev. ADM.* 2018; 75 (6):326-333.
5. García RA, Bujaldon AL, Rodríguez A. Recesión gingival, diagnóstico y tratamiento. *Av Periodon Implantol.* 2015; 27(1):19-24.
6. Gómez PS. *Estética en periodoncia y cirugía plástica periodontal.* 1ra Ed. Colombia: Amolca ;(2006).
7. Molina CE. Manejo de recesiones gingivales con injerto de tejido conectivo y técnica de tunelización. [Tesis de grado]. Ecuador: Universidad Internacional del Ecuador; 2012.
8. Quispe N, García García C, Garrido P, Morales A, Mena J, Sánchez J. Tratamiento de recesiones gingivales unitarias y múltiples en la zona anterior mandibular mediante técnica de Edlan-Mejchar modificado. Descripción de la técnica quirúrgica y resultados. *Cient. Dent.* 2021; 18(1): 35-41.

9. Cruz Morales R, Caballero López D. Tratamiento de recesiones gingivales con injerto de tejido conectivo subepitelial y técnica del sobre: reporte de caso. *Odontol Sanmarquina* [Internet]. [citado 4 de marzo de 2022];23(2):167-72. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/17762>
10. Sarduy, González, Barreto y Corrales. tratamiento de recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo. [tesis de grado]. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, 2018.
11. Collantes JM. Tratamiento de recesiones gingivales en piezas dentarias con injerto de tejido conectivo. [tesis de grado]. Guayaquil (Guayas): Universidad de Guayaquil; 2018.
12. Hall W. Pure mucogingival problems. Edt. Quintessence books. (Chicago): Cap.3 pp 29, cap 4 pp 49, cap .II pp127.1984.
13. Fontaine OM, García AM, Fontaine MC. La cirugía mucogingival en el tratamiento de la recesión peridontal. *Rev. Electr.* 2015; 40(10).
14. Sisalima JP. Prevalencia de recesiones gingivales mediante la clasificación de Cairo y Miller en estudiantes de pregrado de la facultad de odontología de la Universidad de Cuenca en el año 2018. [Tesis de grado].Ecuador: Universidad de Cuenca; 2018.
15. Prato P. The Miller classification of gingival recession: limits and drawbacks. *Rev. Jour. Clin. Period.* 2010; 38:43-245.

16. Gomez A, Elgueta R, Ibieta C. Membrana de fibrina e injerto conectivo como tratamiento de recesión gingival Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral 2017; 10(1).
17. Pérez R, Berenguer C, Martínez A Cirugía plástica periodontal en dientes del sector anterior. Avances en periodoncia e implantología oral 2016; 28(3),147-154.
18. Malave V. Técnica de cirugía mucogingival para el cubrimiento radicular. Universidad de Guayaquil repositorio de odontología 2017; 30(2).
19. Matos R. Tratamiento periodontal quirúrgico. Avances en periodoncia 2011; 23(3) 155-170.
20. Bermúdez L, Álvarez M. Injerto de encía libre en el tratamiento de la recesión periodontal. Medicentro electrónica 2015; 18(3),135-139.
21. Bermúdez L, Labrada M, Corrales M. Asociación del colgajo deslizante coronario con el injerto de tejido conectivo subepitelial en recesión periodontal sin inflamación Avances en periodoncia 2015; 8 (4), 24-28.
22. Martínez D, Pacheco Y. Regeneración tisular guiada. Correo Científico Médico 2017; 21 (4), 1201-1210.
23. Valdez Y, Bermúdez L, Barreto E, Corrales M. Tratamiento de recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo. Medicentro 2018; 22 (3), 218-227.
24. García Y, Martínez A. Técnicas de preservación de alveolo y de aumento del reborde alveolar: revisión de la literatura. Avances en Periodoncia e Implantología

- Oral 2016; 28 (2), 71-81.
25. López L, Pacheco Y. Manejo de injerto de tejido conectivo. Revista Tamé 2020; 6 (19), 742-745.
26. Diez R, Costa X, Bascones A. Cirugía plástica periodontal en dientes del sector anterior. Av Periodon Implantol. 2016; 28(3):146-154.
27. Bueno L. Cirugía Plástica Periodontal. Odontostomatología 2016, 18 (27), 49-54.
28. Francisco J, Jimenez D, Fernandez M. Cobertura radicular con el procedimiento de colgajo de avance coronal en combinación con injerto de tejido conectivo antólogo: Revisión bibliográfica y reporte de caso. 2017; 19(2).
29. Avellaneda EM, González AR, González SA, Palacios PG, Rodríguez EP, Bugallo JI. Injertos en Heridas. Rev. Her. Cz. 2018; 8(2).
30. Carrillo AG, García JC, Magaña DY. Curetaje apical y obturación retrógrada sin apicectomía. Rev. Odont. Mex. 2015; 19(1).
31. Santos GV. Prevalencia, severidad, extensión, características clínicas de la enfermedad periodontal y presencia de actinobacillus actinomycetemcomitans (a.a.) y/o porphyromonas gingivalis (pg.) en escolares de 13 a 21 años de la república de Guatemala, año 2007 [tesis Doctoral]. Guatemala: Universidad de San Carlos; 2008.
32. Portugal S. Manejo de recesiones gingivales con injerto de matriz dérmica acelular (dermis). Ecuador: Universidad Internacional del Ecuador, facultad de ciencias médicas; 2013.

33. Briones J. Cirugía periodontal con colgajo desplazado para recubrimiento de exposición radicular. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología, 2017; 13(2).
34. Trujillo D, Brito I, Rodriguez R, Piña J. Injertos óseos en implantología oral.. Rev. Med. Electr. 2014; 36(4):449-461..
35. Vicario J, Pascual A, Vives Santos A. Técnicas de cirugía mucogingival para el recubrimiento radicular. RCOE 2006; 11(1):61-73.
36. Carrión JB, Ramírez GV, Ramos LB, Bascones JI. Avances en periodoncia e implantología. 2018; 12 (1):35-42.
37. Pereira G. Aplicación de la cirugía mucogingival con Técnica Túnel Cerrada Lateralmente en recesión profunda tipo I de Cairo. Odontología Activa Revista Científica 2022; 7 (1), 55-60.
38. Madueño N, Romero F, Palacios J. Eficacia de la terapia periodontal no quirúrgica en una periodontitis agresiva. Rev Duazary 2016; 13 (1), 52-56.
39. Tenorio JB. Relación entre el límite amelocementario y la cresta ósea en el sector anterosuperior: Revisión Sistemática [tesis de grado]. Guayaquil (Guayas): Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2021.
40. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. 1999. Gaceta oficial de la República de Venezuela. No. 36860 (30 dic. 1999).

41. Ley sobre el Derecho de Autor. 1993. Caracas. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 4.638 (14 ag. 1993).
42. Decisión 351 Régimen Común sobre Derecho de Autor y Derechos Conexos. Gaceta oficial de la comunidad andina. Lima: Comisión del Acuerdo de Cartagena (21 Dic. 1993).
43. UPEL. Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales. Caracas (Venezuela): FEDEUPEL; 2008.
44. Guevara GP, Verdesoto AE, Castro NE. Metodologías de Investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas y de investigación). 2020; 4(3):163-173.
45. Martínez J. Reporte de un caso y serie de casos: el inicio de la investigación clínica. 2021; 11(3):010.
46. Mahn D. Uso de la técnica del túnel y la matriz dérmica acelular en el tratamiento de múltiples dientes adyacentes con recesión gingival en la zona estética. 2010; 14(6):592-599.
47. Pini P, Tinti C, Vincenzi G, Magnani C, Cortellini P. Regeneración tisular guiada versus cirugía mucogingival en el tratamiento de la recesión gingival bucal humana. J periodontol.1992; 63(11):919-928.
48. Harris R. Root coverage with connective tissue grafts: an evaluation of short and long term results. J Periodontol 2002; 73(9): 1054-1059.
49. Bouchard P, Malet J, Borghetti A. Decision-making in aesthetics: root coverage

revisited *Periodontol* 2000-2001; 27(1): 97-120.

50. Ribeiro F, Zandim D, Pontes A, Mantovani R, Sampaio J, Marcantonio E. Técnica de túnel con maniobra quirúrgica para aumentar la extensión del injerto: reporté de caso con seguimiento de 3 años. *J Periodontol*. 2008; 79(4):753-8.
51. Bittencourt S, Ribeiro ED., Sallum EA., Sallum AF.,Nociti Jr. FH., Casati MZ. Estudio clínico comparativo de 6 meses de duración de un colgajo semilunar coronal e injerto de tejido conjuntivo subepitelial para el tratamiento de la recesión gingival. *J Periodontol* 2006; 77(2): 174-181.
52. Ofer M, Artzi Z, Sculeaan A, Haim T. Estudio comparativo de dos procedimientos de cobertura radicular: un estudio multicéntrico de seguimiento de 24 meses *Periodontol* 2006; 77(11):1901-1906.
53. Pilloni A,Paolantonio M,Camargo P. Cobertura radicular con un colgajo de posición coronal utilizado en combinación con un derivado de matriz de esmalte: evaluación clínica a los 18 meses *Periodontol*. 2006; 77(12):2031-9.
54. Carvalho P, Silva R, Cury P, Joly JC. Colgajo de avance coronal modificado asociado con un injerto de tejido conectivo subepitelial para el tratamiento de múltiples recesiones gingivales adyacentes. *J Periodontol* 2006; 77(11):1901-1906.