



Universidad  
José Antonio Páez

**ESTÉTICA Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. UNIVERSIDAD JOSÉ  
ANTONIO PÁEZ**

**Autores:**

Mosquera Manjarres Jesús Alberto.

C.I: V-27.252.296.

Rojas Alcedo. María Anghelyca

C.I: V-26.014.047

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 PARA LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**ESTÉTICA Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. UNIVERSIDAD JOSÉ  
ANTONIO PÁEZ**

Trabajo de Grado para optar al título de  
ODONTÓLOGO

**Autores:**

Mosquera Manjarres Jesús Alberto.  
C.I: V-27.252.296.  
Rojas Alcedo. María Anghelyca  
C.I: V-26.014.047

**Tutor(a):** Od. Kathleen Soto.

San Diego, Abril 2021.



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO



### ACTA DE APROBACIÓN

INFORME FINAL DE PASANTÍA

TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud para la evaluación del Trabajo de Grado titulado: **ESTÉTICA Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.** UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.

Realizado por el (la) Br. **María Anghelyca Rojas Alcedo** de C.I: V-26.014.047 Cursante de la carrera de Odontología, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que el Trabajo de Grado ha obtenido la calificación de: **18, 76 PUNTOS**

APROBADO

NO APROBADO

El Jurado

Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Kathleen Soto

C.I.: 25.091.935

Nombre: Dra Romelia Rueda

C.I.: 4.457.113

Jurado

Nombre: Od. Esp. Karina Santos

C.I.: 12.773.396

Fecha: Abril 2021





UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO



### ACTA DE APROBACIÓN

INFORME FINAL DE PASANTÍA

TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud para la evaluación del Trabajo de Grado titulado: **ESTÉTICA Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL**. UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.

Realizado por el (la) Br. Mosquera Manjarres Jesús Alberto. C.I: V-27.252.296. Cursante de la carrera de Odontología, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que el Trabajo de Grado ha obtenido la calificación de: **18, 76 PUNTOS**

APROBADO

NO APROBADO

El Jurado

  
Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Kathleen Soto

C.I: 25.091.935

  
Jurado

Nombre: Dra. Romelia Rueda

C.I: 4.457.113

  
Jurado

Nombre: Od. Esp. Karina Santos

C.I: 12.773.396



Fecha: Abril 2021



**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, **KATHLEEN SOTO PEDEMONTE**, portador(a) de la cédula de identidad N° **V-25.091.935** \_\_, en mi carácter de tutor (a) del trabajo de grado presentado por el(la) los ciudadano(a) **Jesús Alberto Mosquera Manjarres** de **C.I: V-27.252.296** y **María Anghelyca Rojas Alcedo** de **C.I: V-26.014.047** titulado **“ESTÉTICA Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ”** 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 11 días del mes de Marzo del año 2021

**OD. KATHLEEN SOTO PEDEMONTE**

**V-25.091.935.**



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



**ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

Quien suscribe, Odontólogo **KATHLEEN SOTO PEDEMONTE** portador(a) de la cedula de identidad No **V-25.091.935** acepto ser el tutor académico del trabajo de grado realizado por los ciudadanos **Jesus Alberto Mosquera Manjarres** de **C.I: V-27.252.296** y **María Anghelyca Rojas Alcedode** **C.I: V-26.014.047** Titulado **“ESTÉTICA Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ”**. Adscrito a la línea de investigación: ODONTOLOGICA CLINICA 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 11 días del mes de Marzo del año 2021

**OD. KATHLEEN SOTO PEDEMONTE**

**C.I: V-25.091.935**

## DEDICATORIA

“La educación es el mejor camino para arribar a metas fijas y determinadas. La vida del ser humano tiene sus etapas y solo con esfuerzo y dedicación se consigue alcanzar el objetivo deseado.”

La constancia nos permitió llegar a la meta propuesta, pero en ese arduo camino existieron puntales importantes que forjaron nuestro andar con motivaciones que nos inspiraron para ejercer con firmeza cada día de nuestra preparación.

Gratitud es uno de los nobles valores que invade nuestro corazón y permite el reconocimiento a las loables acciones que las personas que ejercieron sobre nuestra vida, en especial, agradecemos:

- A Dios, hacedor de nuestras vidas inspiración espiritual y de bendición para cumplir cada día con el trabajo encomendado.
- A nuestros padres, pilares fundamentales en nuestras vidas, motor que nos impulsó para no desmayar, apoyándonos moral, ética y económicamente para la obtención de este gran logro.
- A nuestros hermanos, por inspiración a legarle un buen ejemplo de superación y éxito como profesional.
- A nuestros amigos que de una u otra forma siempre estuvieron para apoyarnos y ayudarnos en diferentes situaciones.
- A nuestra tutora, por cada sugerencia académica, enseñanza y preparación para lograr con éxito la culminación de nuestro proyecto.
- A nuestra casa de estudio la Universidad José Antonio Páez, por ser la institución que nos preparó, a su personal docente por brindarnos sus sabios conocimientos para ser mejores como profesionales, lo mismo que jamás defraudaremos.

**Jesus Alberto Mosquera Manjarres.**

**María Anghelyca Rojas Alcedo.**

## ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO		pp.
	Lista de Cuadros	X
	Lista de Gráficos	Xi
	Resumen Informativo	Xii
	Abstract	Xii
	Introducción.	1
	Capítulo	
I	El Problema	3
	Planteamiento del Problema	3
	Objetivos	5
	Justificación	5
II	Marco Teórico	8
	Bases teóricas	8
	Definición de términos	8
	Operacionalización de variables	39
III	Marco Metodológico	40
	Nivel de Investigación	40
	Tipo de Investigación	41
	Población y Muestra	41
	Técnica e instrumento de recolección de datos	42
IV	Presentación y análisis de Resultados	44
V	Conclusiones y Recomendaciones	53
	Conclusiones	53
	Recomendaciones	55
	Referencias	56
	Anexos	69

## LISTA DE CUADROS O TABLAS

### CONTENIDO

Cuadro Tablas		pp.
1	Evaluación de la estética según McLaren y Rifkin .....	37
2	Operacionalización de variables .....	69
3	Ficha bibliográfica .....	70
4	Cuadro resumen de los indicadores .....	49
5	Cuadro relevante a indicadores .....	50

## LISTA DE GRÁFICOS Y FIGURAS

### CONTENIDO

Gráfico Figura		pp.
1	Análisis de resultados cronológicamente .....	45
2	Análisis de resultados geográficamente .....	46
3	Análisis de los resultados organizados por objetivos de la investigación .....	47
4	Análisis de los resultados organizados en artículos incluidos y excluidos.....	48



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD**  
**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**  
**ESTÉTICA Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. UNIVERSIDAD JOSÉ**  
**ANTONIO PÁEZ**

**Autores:** Jesus Alberto Mosquera

María Anghelyca Rojas Alcedo

**Tutora:** Od. Kathleen Soto Pedemonte

**Fecha:** Abril, 2021

**RESUMEN INFORMATIVO**

Las enfermedades periodontales son condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente; dichas afecciones afectan a un alto porcentaje de la población mundial, produciendo no solo secuelas funcionales sino estéticas, razón por la cual se realizó el presente trabajo de investigación con el propósito de establecer los tratamientos periodontales y estéticos que ayuden a corregir las secuelas provocadas por dicha enfermedad. Siendo este un estudio documental de diseño bibliográfico que se encuentra adscrito a la línea de investigación: Odontología clínica y correctiva donde se analizaron 50 artículos científicos obtenidos de la recopilación de motores de búsqueda como PubMed, Google académico, Scielo, revistas científicas, repositorios académicos digitales de universidades internacionales. Mediante el presente trabajo de investigación se obtuvieron como resultados que existe una amplia variedad de tratamientos que dan solución a la afección periodontal que a su vez ayudan a corregir las secuelas producidas por esta enfermedad, de igual forma que también existe la corrección de estas secuelas con tratamientos pertenecientes al área de odontología estética-restauradora; obteniendo de manera más detallada que un 72% de la bibliográfica consultada cumplió con el segundo indicador, indicando que el 28% de la bibliografía consultada cumplió con el primer indicador. Concluyendo así que aunque exista una variada cantidad de protocolos y maniobras para tratar esta afección y su secuelas estéticas, el odontólogo debe evaluar correctamente y de manera individualiza haciendo uso de la sinergia de sus conocimientos para abordar cada caso de manera correcta cumpliendo con la funcionalidad y estética deseada.

**Descriptor:** Estética, enfermedad periodontal, periodontitis, secuelas periodontales.



BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA  
UNIVERSITY JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES



DENTISTRY SCHOOL

**AESTHETICS AND PERIODONTAL DISEASE. JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
UNIVERSITY**

**Autors:** Jesus Alberto Mosquera Manjarres  
Maria Anghelyca Rojas Alcedo.

**Tutor:** Od. Kathleen Soto Pedemonte.

**Date:** April. 2021

**ABSTRACT**

Periodontal diseases are chronic inflammatory conditions that affect the supporting and protective tissues of the tooth; These conditions affect a high percentage of the world population, producing not only functional but also aesthetic sequelae, which is why the present research work was carried out to establish periodontal and aesthetic treatments that help correct the sequelae caused by said disease. This being a documentary study of bibliographic design that is assigned to the line of research: Clinical and corrective dentistry where 50 scientific articles obtained from the compilation of search engines such as PubMed, academic Google, Scielo, scientific journals, digital academic repositories were analyzed. from international universities. Through this research work, the results were obtained that there is a wide variety of treatments that provide a solution to periodontal disease that in turn help correct the sequelae produced by this disease, in the same way, that there is also the correction of these sequelae with treatments belonging to the area of aesthetic-restorative dentistry; obtaining in a more detailed way that 72% of the bibliography consulted fulfilled the second indicator, indicating that 28% of the bibliography consulted fulfilled the first indicator. Concluding thus that although there is a varied number of protocols and maneuvers to treat this condition and its aesthetic consequences, the dentist must evaluate correctly and individually, using the synergy of their knowledge to address each case correctly, complying with the functionality and desired aesthetics.

**Descriptors:** Aesthetics, periodontal disease, periodontitis, periodontal sequelae.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal es una de las patologías con más prevalencia en la población mundial, de manera que al afectar a una elevada tasa de personas la atención sobre dicha enfermedad ha generado la necesidad de una gran cantidad de tratamientos mediante los cuales se pueda dar solución a esta enfermedad, en un principio dejando de la lado la apariencia estética y centrándose en lo funcional, pero al transcurrir del tiempo la apariencia se ha arraigado en la psiquis humanas convirtiéndose en una necesidad, por lo que los profesionales del área se han visto en la obligación de crear tratamientos que cubran ambas áreas es decir “salud y estética” de forma tal que los requerimientos del clínico den satisfacción a los requerimientos estéticos del paciente; si bien la existencia actual de la gran variedad de tratamientos que cumplen con la tan anhelada perio-estetica, surge las interrogantes como lo serían ¿cuál tratamiento es más efectivo? , o ¿Cuáles son las indicaciones? Entre otras preguntas, por lo que es deber del profesional de la odontología informarse de forma que pueda elegir con criterio y certeza el tratamiento adecuado para cada caso, cumpliendo así con el área periodontal y estética.

Explicado todo lo anterior dicha investigación estará conformada por cinco capítulos:

En el Capítulo I, se contempla el problema de la investigación, presentándose de manera detallada su planteamiento y su formulación, los cuales dan origen al objetivo general y los específicos, seguido de la justificación.

En el capítulo II, se desarrollan las bases teóricas con los aspectos que apoyan el trabajo, incluyendo todo lo relevante al tema de la enfermedad periodontal y los

tratamientos que ayuden a corregir las secuelas estéticas productos de esta enfermedad, se definen los términos básicos, se mencionan los principales indicadores a investigar para formar posteriormente los bloques de búsqueda; y se presentan las variables obtenidas.

El capítulo III, aborda los procedimientos a seguir para el diseño de la metodología, lo relacionado con el tipo de la investigación, la población y la muestra de estudio constituidas por una revisión de la literatura, y se presenta la tabla de los bloques de búsqueda.

En el capítulo IV, se presenta el análisis de los resultados obtenidos de la muestra estudiada y se procede a realizar la discusión final de la vinculación que existe entre la muestra, el análisis de los datos obtenidos y los resultados.

El capítulo V, corresponde al desarrollo de las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

Finalmente, se describen las referencias bibliográficas que fueron utilizadas para sustentar la presente investigación.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **Planteamiento del Problema**

Las enfermedades periodontales son condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección. La enfermedad periodontal es una de las enfermedades más comunes de la población mundial, con estrechas asociaciones con la salud general. A la edad de 65-74 años, entorno al 30% de los sujetos han perdido todos sus dientes siendo dichas afecciones periodontales la causa principal<sup>2</sup>. En términos generales, y de mayor importancia para la comunidad mundial, estas incluyen la gingivitis inducida por placa bacteriana y periodontitis. Claramente la periodontitis es más significativa debido a que hay pérdida ósea que es una causa de la pérdida de dientes; sin embargo, toda periodontitis se inicia con la presencia inicial de una gingivitis. La periodontitis severa tiene serias consecuencias para los afectados, incluyendo problemas de masticación y del habla, afectando el bienestar y la calidad de vida<sup>2</sup>.

Ahora bien según estudios epidemiológicos 750 millones de personas, presentan enfermedad periodontal severa en el mundo<sup>3</sup>, demostrando así el alcance y prevalencia de esta afección; destacando que los principales indicadores de riesgo en la enfermedad periodontal son la edad, el género, el nivel de escolaridad, el nivel socioeconómico, el acceso a la salud y el tabaquismo. Teniendo en cuenta que las variables socioeconómicas son un factor que influyen de manera directa en el grado

de calidad e higiene oral, Venezuela al ser un país que atraviesa una crisis, económica, social y cultural, donde sus ciudadanos al no poder tener un acceso adecuado a los productos de higiene, atención odontológica, además del déficit de información del correcto cuidado e higiene oral, el riesgo a padecer de enfermedad periodontal aumenta drásticamente.

De manera que al estar al tanto de la prevalencia de la enfermedad periodontal, se debe tener en cuenta las repercusiones orales a nivel estético que estas causan en las personas afectadas como lo son principalmente la inflamación, recesión y migración de los márgenes gingivales, la pérdida de papilas y asimetrías gingivales, generando a su vez troneras, diastemas, y movilidad dental por la afección periodontal propiamente dicha; como consecuencia de dichas repercusiones la vida de los pacientes que padecieron de enfermedad periodontal se ve negativamente afectada a nivel psicosocial debido a que la estética juega un papel sumamente importante en la autopercepción del paciente, de manera tal que el deber del clínico es dar solución a la afección periodontal en conjunto con la estética logrando un verdadero abordaje perio-estético.

Con lo anteriormente expuesto con este trabajo de investigación se busca desarrollar una revisión bibliográfica en relación a los procedimientos en odontología restauradora para corregir las repercusiones estéticas en los pacientes periodontalmente afectados, con lo que surgen las siguientes interrogantes:

¿Es posible otorgar a los pacientes periodontalmente afectados una estética adecuada?

¿Puede la odontología estética-restauradora ayudar a corregir las secuelas producidas por la enfermedad periodontal?

## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo General**

Elaborar una revisión de literatura relacionada con el análisis de los procedimientos periodontales en odontología restauradora que son utilizados para corregir las secuelas estéticas en pacientes afectados por enfermedad periodontal.

### **Objetivos Específicos**

- 1-Señalar las diferentes secuelas estéticas producidas por la enfermedad periodontal.
- 2- Estableces los diferentes tratamientos periodontales y estéticos para corregir las secuelas producidas por la enfermedad periodontal.

### **Justificación**

Este trabajo de investigación se realiza motivado por la alta prevalencia de la enfermedad periodontal y las secuelas estéticas producidas por dicha afección además de las consecuencias psicosociales que se producen en los pacientes afectados, Venezuela no escapa de esta realidad debido a que el estudio para la Planificación Integral de la Odontología (PIO), publicado en el año 1982, y posteriormente los realizados en 1987, por Fundacredesa, evidencian desde el punto de vista epidemiológico, que en Venezuela la enfermedades periodontales constituyen uno de los problemas de salud bucal más frecuentes, ya que se demostró que el 80% de la población está afectada, por una de ellas, principalmente los sectores con menores

niveles de ingresos, factor que repercute en las condiciones de vida, educación, alimentación y salud<sup>3</sup>.

Además de la insensatez que gira en torno a los tratamientos estéticos dentales ya que en su mayoría solo están enfocados en mejorar la estética dejando a un lado en muchas ocasiones aspectos fisiológicos, perjudicando aún más los tejidos de soporte que se encuentran previamente afectados por la enfermedad periodontal.

El estudio va dirigido a su vez, a todos los estudiantes de la UJAP y odontólogos que realizan dichos tratamientos, para que los conocimientos que puedan adquirir a través de este trabajo de investigación sean implementados al momento de realizar un abordaje periodontal corrigiendo las secuelas estéticas que se encuentren presentes.

#### **Delimitación de la investigación.**

El siguiente trabajo de investigación requiere de un trabajo de revisión bibliográfica integrando múltiples áreas relacionadas con la enfermedad periodontal como lo son clínica integral, clínica de rehabilitación protésica y el área de cirugía según publicaciones realizadas en los últimos 5 años , actividad a desarrollar en el periodo 2020-3CR.

#### **Líneas de investigación.**

La presente investigación está destinada a la estética y la enfermedad periodontal, por lo tanto corresponde a la línea de investigación Odontología Clínica y Correctiva

fijada por la Escuela de Odontología y constituirá una fuente de consulta en futuras investigaciones.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEORICO

El Marco Teórico consiste en definir una serie de componentes que sustentan la investigación en curso. Se considera que el marco teórico o marco referencial, es el producto de la revisión documental-bibliográfica, y consiste en una recopilación de ideas, posturas de autores, conceptos y definiciones, que sirven de base a la investigación por realizar<sup>4</sup>.

**Bases teóricas:** Las bases teóricas son el análisis sistemático y sintético de las principales teorías que explican el tema que estás investigando<sup>4</sup>.

#### **Salud periodontal**

Antes de realizar una definición en particular de lo que es la salud periodontal a Lang y Bartold les pareció necesario diferenciar entre dos situaciones distintas dentro de la salud periodontal: salud clínica con un periodonto intacto y salud gingival clínica en presencia de un periodonto reducido (paciente con periodontitis estable o paciente no afectado por periodontitis)<sup>6</sup>. Se consensuó que ciertos niveles de inflamación son consistentes con salud gingival clínica. A nivel de cada localización, por lo general, la salud gingival clínica está asociada a un infiltrado inflamatorio histológico y una respuesta del huésped relacionados con la homeostasia. Aun así, no existen signos clínicos de inflamación. En el periodonto intacto, sin pérdida de inserción, la salud gingival clínica se caracteriza por una ausencia de sangrado al sondaje, eritema y edema, síntomas referidos por el paciente, pérdida de inserción y pérdida ósea. Los

niveles óseos fisiológicos pueden oscilar entre 1,0-3,0 mm desde la unión amelocementaria<sup>7</sup>. La salud gingival clínica en un periodonto reducido se caracteriza por los mismos criterios que en un periodonto intacto pero en presencia de niveles de inserción clínica y óseos reducido. Aun así, el grupo de trabajo recalcó que un paciente con periodontitis tratado de forma exitosa y estable sigue presentando un riesgo incrementado de sufrir una progresión recurrente de la periodontitis mientras que en pacientes no afectados por periodontitis no existe evidencia actual de un mayor riesgo de sufrir periodontitis<sup>7</sup>.

### **Salud clínica gingival y periodontal en la práctica clínica: a nivel de la localización.**

A nivel de la localización, en general, la salud clínica gingival está asociada a un ligero nivel de infiltrado inflamatorio y una respuesta del huésped relacionada con la homeostasia, incluso si no existen signos clínicos de inflamación. Aunque tradicionalmente en periodoncia se han tomado en consideración tres niveles para determinar la existencia de salud gingival (examen visual, exploración periodontal y mediciones radiográficas), en la actualidad se considera que los más importantes son el nivel de sangrado al sondaje (SAS) (%), las profundidades de sondaje (PS) y los niveles de inserción clínica (NIC)<sup>56</sup>.

#### *Examen visual*

Podemos inspeccionar visualmente los tejidos gingivales para ver su color, forma y textura. Aunque esta exploración visual no está incluida en la definición de salud puede ayudar al clínico a diferenciar características específicas:

- **Color:** un tejido gingival sano tiene un color rosa coral debido a su vascularización, modificado por la capa queratinizada suprayacente. Aun así, existen algunos factores que pueden modificar este color, como (a) factores genéticos, como el origen étnico, que puede estar asociado a depósitos aumentados de melanina que pueden producir puntos o manchas de color oscuro en la encía; o (b) factores exógenos, como la amalgama de plata.
- **Textura:** normalmente, la textura superficial de la encía libre es lisa, mientras que la encía interdental e insertada a menudo presenta pequeñas depresiones en la superficie, llamadas stippling o graneado gingival. Este aspecto punteado recuerda el aspecto de la piel de naranja. Es resultado de la presencia de fibras de colágeno, responsables de la inserción firme del tejido gingival al hueso alveolar y cemento subyacente. Por ello, el tejido gingival es inmóvil en relación con el tejido subyacente.
- **Consistencia:** la encía sana es firme y resiliente
- **Contorno:** normalmente, el contorno del margen gingival es festoneado y termina en filo de cuchillo. La papila interdental es puntiaguda y tiene forma piramidal en la región anterior, mientras que en la región posterior es más aplanada y rellena el espacio. Debido a la presencia de esas papilas

interdentales, el margen gingival está festoneado a lo largo de la arcada. Aun así, la forma de la papila interdental está determinada por las relaciones de los contactos interproximales, la anchura de las superficies dentarias interproximales y la forma del límite amelocementario (LAC).

Sin embargo, es posible observar diferentes situaciones en las que los tejidos gingivales pueden presentar un color, forma y textura compatible con salud pero es posible que no exista salud gingival. Por ello, es necesario pasar a usar el sondaje periodontal para realizar un correcto diagnóstico periodontal.

#### *Sondaje periodontal*

Tras la inspección visual, procederemos al sondaje periodontal. El sondaje implica insertar la sonda periodontal en el surco gingival o la bolsa periodontal y registrar la profundidad en milímetros<sup>57</sup>.

Una encía sana no sangra al sondaje, pero cuando el tejido gingival está inflamado una de las características es el sangrado. El método más utilizado en la práctica clínica es la detección y el registro del sangrado 30 segundos después de la estimulación mediante la inserción de una sonda en el surco gingival hasta el fondo de la bolsa (SAS)<sup>58</sup>. El SAS es un indicador clínico de progresión de la enfermedad o estabilidad periodontal. De hecho, la ausencia continuada de SAS es un predictor fiable de estabilidad periodontal<sup>58</sup>.

El NIC representa la distancia entre el LAC y el fondo de la bolsa<sup>59</sup>. Se obtiene mediante dos mediciones: recesión/agrandamiento gingival y PS. La recesión/agrandamiento gingival se calcula midiendo la distancia entre la encía marginal y el

LAC. La recesión es el resultado de un desplazamiento en dirección apical de la posición de la encía marginal, produciendo una exposición de la superficie radicular. Un agrandamiento gingival se produce cuando el margen gingival está ubicado coronal al LAC, cubriendo de forma parcial o casi total la corona anatómica. En dientes completamente erupcionados, el margen gingival está localizado en la superficie de esmalte, aproximadamente 1,5-2 mm coronal al LAC, a la misma altura o ligeramente por debajo del LAC. La PS es la distancia entre el margen gingival y el fondo de la bolsa periodontal. Se sigue considerando que la PS oscila entre 1 y 3 mm en condiciones de salud <sup>56</sup>

- Salud clínica gingival en presencia de un periodonto reducido: una zona con ausencia de SAS, con pérdida de inserción clínica y pérdida ósea. Esta pérdida puede ser atribuida a periodontitis o no, pero esto será explicado con mayor detalle en el siguiente apartado.

### **Salud clínica periodontal y gingival en la práctica clínica: a nivel del paciente.**

En La Clasificación De 2017, se aceptó que un paciente con salud puede presentar algunas localizaciones con alguna evidencia de inflamación gingival clínica y, por ello, se introdujeron nuevas definiciones a nivel del paciente, basadas en el SAS, PS y NIC<sup>57</sup>. Salud periodontal se define como un SAS menor de 10% en un paciente con un periodonto intacto. Salud gingival sin embargo, se define como un paciente con SAS menor del 10% tanto en un periodonto intacto como reducido. Estas condiciones se presentan a continuación.

**Paciente con salud periodontal o salud gingival en un periodonto intacto** Sería un paciente sin signos de gingivitis, definido por tener valores inferiores al 10 % de SAS, con una PS  
cresta ósea con respecto al LAC puede oscilar entre 1,0-3,0 mm<sup>57</sup>.

**Paciente con salud gingival en un periodonto reducido** La salud gingival en un periodonto reducido se caracteriza por los mismos criterios que en un periodonto intacto, pero en presencia de unos niveles de inserción clínica y de hueso reducidos.

Además se tomó en cuenta la evaluación de un estudio transversal y descriptivo en una población de 300 pacientes a los que se les realizó examen clínico periodontal, diagnóstico e identificación de factores de riesgo.<sup>64</sup>

Ventajas - Brindar salud periodontal eliminando los factores cuasales de la patología.  
- Reduce el número de microorganismos gingivales y así disminuir la inflamación gingival. Desventajas - Poco visibilidad del campo por el sangrado producido por la instrumentación y dolor post-operatorio.<sup>67</sup>

### **Enfermedad Periodontal:**

Las enfermedades periodontales son condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente. En términos generales, y de mayor importancia para la comunidad global, estas incluyen la gingivitis inducida por placa bacteriana y la periodontitis crónica<sup>7</sup>.

### **Periodontitis:**

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria crónica multifactorial asociada a biofilms de placa bacteriana disbióticos y caracterizada por la destrucción progresiva del aparato de sostén del diente. La periodontitis se caracteriza por una inflamación que conduce a la pérdida de inserción periodontal<sup>7</sup>.

**Gingivitis:**

Es una enfermedad bucal que produce la inflamación de las encías<sup>7</sup>.

**Clasificación de la periodontitis:**

Los intentos anteriores de clasificación de la periodontitis han girado alrededor de la cuestión de si las presentaciones de caso con un fenotipo diferente representan enfermedades diferentes o variaciones de una única enfermedad.

La clasificación de la periodontitis aceptada a nivel internacional, publicada en 1999, aportó una estructura operativa que ha sido utilizada de forma extensa tanto en la práctica clínica como en investigación científica. Pero este sistema adolece de limitaciones significativas, entre las que se incluyen un solapamiento sustancial, la ausencia de distinciones claras basadas en la patobiología entre las categorías, falta de precisión diagnóstica y dificultades de implementación<sup>8</sup>.

La Nueva Clasificación del 2017 World Workshop on Periodontal and Periimplant Diseases and Conditions (el World Workshop) revisó la evidencia científica y llegó a cuatro conclusiones principales:

- No hay evidencia de una fisiopatología específica que permita diferenciar entre casos de periodontitis “agresiva” o “crónica” o que sirva de guía sobre los diferentes tipos de intervenciones.

- Hay poca evidencia consistente que avale que la periodontitis agresiva y crónica sean enfermedades diferentes. Pero existe evidencia de que múltiples factores, y las interacciones entre ellos, influyen en los resultados patológicos clínicamente observables (fenotipos) a nivel individual.
- A nivel poblacional, las tasas medias de progresión de periodontitis son consistentes en todas las poblaciones observadas en el mundo. Aun así, hay evidencia de que segmentos específicos de la población presentan niveles diferentes de progresión de la enfermedad.
- Un sistema de clasificación basado únicamente en la gravedad de la enfermedad no registra dimensiones importantes de la enfermedad de una persona, incluyendo la complejidad (que influye en los enfoques terapéuticos) y los factores de riesgo (que influyen en los resultados de la enfermedad).

Sobre la base de estos hallazgos, se ha adoptado un nuevo esquema de clasificación de la periodontitis. Las formas de la enfermedad descritas anteriormente como “crónica” o “agresiva” ahora se describen en una única categoría de “periodontitis”<sup>7</sup>.

Se han identificado tres formas de periodontitis:

- Periodontitis;
- Periodontitis necrotizante;

- Periodontitis como manifestación directa de enfermedades sistémicas.

Se ha elaborado un sistema multidimensional basado en estadios y grados para describir en mayor detalle las diferentes manifestaciones de periodontitis en los casos individuales. Los estadios describen la gravedad y extensión de la enfermedad, los grados describen la probabilidad de su progresión.

### **Clasificación por estadios y grados**

Existen cuatro estadios y tres grados. La clasificación por estadios está basada en las dimensiones habituales de la gravedad y la extensión de la periodontitis en el momento inicial, pero añade la complejidad del tratamiento del paciente individual. La información derivada de la evaluación del estadio de periodontitis debe ser suplementada con información sobre el grado biológico inherente de la enfermedad<sup>8</sup>. Esto depende de tres conjuntos de parámetros:

- La tasa de progresión de la periodontitis.
- Factores de riesgo reconocidos de la progresión de la periodontitis.
- El riesgo de que el caso de una persona pueda afectar a su salud sistémica.

Dentro de esta estructura clasificatoria, la asignación a un estadio depende en gran medida de la gravedad de la enfermedad en el momento de su presentación y en la complejidad del manejo de la enfermedad, mientras que el grado aporta información adicional sobre características biológicas de la enfermedad.

- Estadio I: (Inicial): 1–2 mm pérdida de inserción clínica (CAL), menos del 15% de pérdida ósea (BL) alrededor de la raíz, sin pérdida de dientes debido a enfermedad periodontal, profundidad de sondaje (DP) de 4 mm o menos, principalmente BL horizontal<sup>10</sup>.

Se clasifica de la siguiente manera<sup>10</sup>.

- Estadio II: (Moderada): Pérdida de inserción clínica de 3–4 mm, Pérdida ósea de 15% –33%, pérdida de dientes, Profundidad al sondaje de 5 mm o menos, principalmente pérdida ósea horizontal.

- Estadio III: (Grave con potencial de pérdida de unidades dentarias) Pérdida de inserción clínica de 5 mm o más, Pérdida ósea más allá del 33%, pérdida de dientes de cuatro dientes o menos, con problemas complejos como profundidad de sondaje de 6 mm o más, pérdida ósea vertical de 3 mm o más, furcaciones de clase II-III y / o defectos moderados de la cresta.

- Grado A (progresión lenta): Sin Pérdida ósea o Pérdida de inserción clínica durante cinco años, sin fumar, sin diabetes, biofilm pesado pero sin destrucción.

- Grado B (progresión moderada): Menos de 2 mm pérdida ósea o Pérdida de inserción clínica durante cinco años, medio paquete o menos por día fumando, (hemoglobina glicosilada) HbA1c menos del 7%, biofilm acorde con la destrucción.

- Grado C (progresión rápida) Más de 2 mm de pérdida ósea o Pérdida de inserción clínica durante cinco años, medio paquete o más por día fumando,

(hemoglobina glicosilada) HbA1c 7% o más, la destrucción excede la cantidad de biofilm.

### **Asignación de Estadios y Grados**

#### *Asignación de los estadios:*

El índice de gravedad está basado de forma primaria en la pérdida de inserción interproximal atribuible a periodontitis (PIC/CAL) y la pérdida ósea marginal. Es asignado basándose en el diente más afectado. El índice de complejidad está basado en la complejidad del tratamiento del caso. Toma en consideración factores entre los que se incluyen la presencia de grandes profundidades de sondaje, defectos verticales, afectaciones de furca, hipermovilidad dentaria, migración y/o abanicamiento de los dientes, defectos de cresta y pérdida de función masticatoria<sup>7</sup>.

#### *Asignación de grados:*

Asignar un grado a un paciente con periodontitis supone calcular el futuro riesgo de progresión de la periodontitis y la probable respuesta a los principios terapéuticos habituales. Esta valoración guía la intensidad del tratamiento y la prevención secundaria tras el tratamiento. La clasificación por grados añade otra dimensión y permite tomar en consideración la tasa de progresión, usando evidencia directa e indirecta<sup>7</sup>.

## **Características Clínicas**

Un paciente es un caso de periodontitis cuando<sup>7</sup>:

Exist

dientes yLa PIC/CAL observada no puede ser atribuida a causas no-periodontales como:

- Recesión gingival de origen traumático;
- Caries dental que se extiende a la región cervical del diente;
- Presencia de PIC/CAL en la cara distal de un segundo molar asociada a malposición o extracción de un tercer molar;
- Una lesión endodóntica que drena a través del periodonto marginal;
- La presencia de una fractura radicular vertical.

### *Medición de PIC/CAL*

Debido al error de medición de PIC/CAL con una sonda periodontal estándar, es inevitable un cierto error de clasificación del estadio inicial de la periodontitis, lo que afecta a la precisión diagnóstica. Se ha reconocido que la pérdida de inserción interproximal “detectable” puede representar diferentes magnitudes de PIC/CAL según la habilidad del operador (por ejemplo, especialista o dentista general) y las condiciones locales que pueden facilitar o dificultar la detección del LAC/CEJ (de forma destacada, la posición del

margen gingival en relación con el LAC/CEJ, la presencia de cálculo y los márgenes de las restauraciones).

### **Enfermedades periodontales necrosantes (EPN):**

Las EPN presentan algunas características típicas (necrosis de las papilas, sangrado y dolor) y están asociadas a alteraciones de la respuesta inmunitaria del huésped. Se describen dos categorías claras según el nivel de compromiso inmunitario: pacientes comprometidos de forma crónica, grave (por ejemplo, pacientes con SIDA, niños con malnutrición grave, condiciones de vida extremas o infecciones graves), y pacientes inmunocomprometidos de forma temporal y/o moderada (por ejemplo, fumadores o pacientes adultos sometidos a estrés psicológico). En el primer grupo, las EPN pueden constituir un cuadro grave que incluso puede llegar a suponer una amenaza vital<sup>7</sup>.

Se han descrito definiciones de las diferentes EPN:

- La gingivitis necrosante es un proceso inflamatorio agudo que afecta a los tejidos gingivales. Los signos primarios son la presencia de necrosis/úlceras en las papilas interdentes, sangrado gingival y dolor. Otros signos y síntomas incluyen halitosis, pseudomembranas, linfadenopatías regionales, fiebre y sialorrea (en niños)<sup>7</sup>.
- La periodontitis necrosante es un proceso inflamatorio que afecta al periodonto. Los signos primarios son la presencia de necrosis/úlceras en las papilas interdentes,

sangrado gingival, halitosis, dolor y pérdida ósea rápida. Otros signos y síntomas incluyen formación de pseudomembranas, linfadenopatías y fiebre<sup>7</sup>.

- La estomatitis necrosante es un trastorno inflamatorio grave del periodonto y la cavidad oral, con necrosis de los tejidos blandos más allá del tejido gingival y denudación ósea a través de la mucosa alveolar, con osteítis y sequestróseos, en pacientes con compromisos sistémicos graves<sup>7</sup>.

Ahora todas las afecciones periodontales expuestas anteriormente causan repercusiones estéticas en los pacientes afectados por ellas, siendo los más comunes las siguientes secuelas:

### **LA RECESIÓN GINGIVAL (RG):**

Definida como la denudación parcial radicular por el desplazamiento apical del margen gingival involucra al hueso alveolar vestibular y a la encía libre situada sobre él. Los factores predisponentes (dehiscencias óseas, maloclusiones, ortodoncia, periodontitis, invasiones del espacio biológico) actúan sobre el hueso alveolar mientras que los desencadenantes (cepillado dental traumático, placa bacteriana, tracción muscular/ligamentosa, restauraciones iatrogénicas, edad) lo hacen sobre la encía.

Miller describió una clasificación de los diferentes tipos de recesión radicular teniendo en cuenta la capacidad de recubrimiento<sup>92</sup>:

- *Clase I:* Recesión de tejido marginal que no se extiende hasta la unión mucogingival; no hay pérdida de hueso ni de tejido blando en el área interdentalia.
- *Clase II:* Recesión de tejido marginal que se extiende apical a la línea mucogingival; no hay pérdida de tejido interproximal.
- *Clase III:* Recesión de tejido marginal gingival que se extiende apical a la unión mucogingival, en dientes con pérdida ósea interproximal.
- *Clase IV:* Recesión de tejido marginal que se extiende apical a la línea mucogingival con pérdida ósea grave y de tejido blando a nivel interproximal.

### **Troneras gingivales:**

Las troneras gingivales o triángulos negros se pueden definir como los espacios que se forman entre los dientes, causados por una retracción total o parcial de la papila interdental. La aparición de estos triángulos negros conlleva una alteración estética de la sonrisa, ya que contribuyen a un aspecto más envejecido de la misma, aunque también pueden afectar a la fonación, la sensibilidad dental y la higiene bucal. Por lo tanto, pueden ser motivo de preocupación para el paciente, tanto desde un punto de vista funcional, como estético<sup>112</sup>.

### **Movilidad Dental:**

La movilidad dental patológica puede ser considerada como resultado de una enfermedad periodontal, pero no es la única causa. La evaluación de presencia o

ausencia de la movilidad dentaria es realizada a través del examen clínico periodontal, se apoyan dos mangos de espejo sobre el diente y se aplican fuerzas en sentido bucolingual: se evalúan la movilidad vestibular, lingual, mesial, y distal.<sup>5,6</sup>, El grado de movilidad se establece en base a una percepción subjetiva del observador<sup>6</sup>. La movilidad dentaria se clasifica según Miller<sup>14</sup>:

- Grado 0: movilidad fisiológica, 0.1-0.2 mm en dirección horizontal.
- Grado 1: movimiento hasta 1 mm en sentido horizontal.
- Grado 2: movimiento de más de 1 mm en sentido horizontal.
- Grado 3: movimiento intenso de la corona del diente en sentido horizontal y en sentido vertical (intrusión).

### **Diastema:**

Diastema es el espacio existente entre dos o más dientes. Éstos son normales en el 98% de niños entre 6 y 12 años, debido a que en esta edad se presenta una dentición temporal y mixta, donde los dientes de leche son más pequeños y presentan espacios entre sí para dar paso a los dientes permanentes que son más grandes. Debemos tener en cuenta que va disminuyendo a medida que el niño crece. Sin embargo pueden existir otras causas que provocan que los diastemas se mantengan presentes en personas con dentición permanente completa<sup>13</sup>.

### **Factores que predisponen a la presencia de diastemas:**

- Enfermedad periodontal: ésta consiste en pérdida de hueso, haciendo que los dientes presenten movilidad y se desplacen de su lugar, creando diastemas<sup>113</sup>.
- Mala oclusión: los dientes se encuentran en posiciones incorrectas, haciendo que la mordida no sea la adecuada<sup>113</sup>.
- Discrepancia en el tamaño de los dientes: existe la presencia de dientes permanentes pequeños, por lo que se originan espacios entre ellos<sup>113</sup>.
- Frenillo labial: cuando éste es muy grueso o bajo, provoca que los dientes anteriores no se junten entre sí<sup>113</sup>.
- Ausencia de dientes: cuando algún diente se ha perdido y no se ha reemplazado, los demás se desplazan al no tener pieza dental adyacente<sup>113</sup>.

### **Tratamiento periodontal:**

La terapia periodontal según Alves y colaboradores, tiene como base, la eliminación de los depósitos bacterianos que se encuentren en la superficie de las raíces dentales afectadas <sup>62</sup>. Consiste en interrumpir el avance de la enfermedad periodontal en pacientes diagnosticados con tal, mediante la eliminación de placa acumulada de manera periódica. Aplicado correctamente, se logran los objetivos de este tratamiento, los mismos que son:

Eliminar el dolor, cuadro inflamatorio y sangrado gingival; reducir la profundidad de las bolsas periodontales, frenar la destrucción del hueso, disminuir la movilidad

patológica, establecer una oclusión óptima, restituir el tejido afectado por la enfermedad, evitar recidivas de la enfermedad y pérdida de piezas dentarias<sup>62</sup>.

**Fase Higiénica o Etiológica** Son las indicaciones de higiene oral que se explican al paciente, profilaxis a cargo de un profesional, prescripción de medicamentos si el caso lo amerita y raspado y alisado radicular<sup>62</sup>.

**Fase Correctiva** Es posterior al raspado y alisado radicular, se incluyen procedimientos de operatorios, prostodoncia, cirugía periodontal, implantes, entre otros<sup>62</sup>.

**Fase de Mantenimiento** Es la fase que determina la estabilidad del periodonto a largo plazo. Involucra las revisiones periódicas<sup>62</sup>.

**Tratamiento Periodontal no Quirúrgico** La remoción o eliminación de factores que contribuyen en la formación de la placa bacteriana es el punto de mayor relevancia e importancia al momento de establecer un plan de tratamiento. El tratamiento periodontal no quirúrgico consiste en el desbridamiento mecánico supra y subgingival en conjunto con una serie de instrucciones de higiene bucal para el mantenimiento personal de la salud bucal de cada paciente. De manera general, estas medidas se dirigen a bajar y alterar la carga bacteriana, logrando disminuir el cuadro inflamatorio y estabilizar el nivel de inserción. De manera general, los objetivos de esta terapia son dos: el primero, que es inmediato, consiste en bloquear los mecanismos patógenos mediante la prevención y control de la enfermedad y el

segundo; se trata de regenerar la estética, función, forma y confort de los tejidos perdidos.

### **Tratamiento periodontal quirúrgico**

El tratamiento periodontal quirúrgico está indicado en situaciones que impidan el acceso para el raspado y alisado radicular, en impedimentos en el acceso para el correcto autocontrol de placa o en casos de múltipl

reevaluación postratamiento no quirúrgico; además de esto indicada en casos de asimetrías gingivales, manchas gingivales, alargamiento o exposición coronal, eliminación de frenillos anómalos, reconstrucción de papila, alteraciones causadas por irritantes, bien sea aumento de volumen o recesión del tejido gingival. En la primera Reunión Europea de Periodoncia (1993) se establecieron las siguientes<sup>93</sup>:

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

### **Contraindicaciones de la cirugía periodontal**

Antes de llevar a cabo cualquier tipo de cirugía debemos tener en cuenta los factores de riesgo, en cuanto a las recesiones, los factores se dividen en aquellos que pueden ser modificados y aquellos que no, considerados estos últimos como una contraindicación para las técnicas de cubrimiento radicular<sup>93</sup>.

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

Las contraindicaciones pueden ser orales o generales, estableciendo de esta manera que la cirugía mucogingival está contraindicada en<sup>93</sup>:

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

## **Objetivos de la cirugía mucogingival**

El objetivo de la terapia mucogingival es tratar los defectos de los tejidos gingivales, manteniéndolos en salud, con buena función y estética y, además, reducir el riesgo de progresión de la alteración <sup>92</sup>.

## **Factores críticos en cirugía plástica periodontal**

Es importante destacar que la mayoría de los factores que se analizan a continuación no afectan significativamente al resultado de cobertura radicular media. Aun así son los que se han evidenciado como más relevantes a la hora de garantizar la cobertura radicular completa. Para nosotros estos factores son críticos ya que consideramos que hoy en día lo que buscamos como objetivo quirúrgico es el 100% de cobertura de la raíz para nuestros pacientes. Entre los factores descritos en literatura, hay que diferenciar entre factores clínicos/diagnósticos y factores técnicos/quirúrgicos. Tras clasificar el caso a tratar en base a la clasificación de Miller, es oportuno valorar si existen factores clínicos que pueden alterar el potencial regenerativo del defecto. Hoy en día sabemos que toda condición anatómica que altere la posición ideal de las papilas o la posición de la línea amelo-cementaria que determinan la posición del margen gingival, puede limitar el resultado de cobertura radicular. Por tanto hay que evidenciar situaciones clínicas de riesgo como<sup>94</sup>:

- Las rotaciones dentarias.
- Las extrusiones dentarias.

- Asimetría de las papilas adyacente al diente a tratar.

### **Estética Dental:**

En 1936 Pilkington definió la estética dental como la ciencia de copiar o armonizar nuestro trabajo con la naturaleza. El estudio de la belleza humana se ha dado en todas las culturas a través de la historia<sup>10</sup>. Lo estético sigue siendo una impresión de la mente motivada por su propia percepción; por lo tanto la belleza sigue siendo un concepto subjetivo<sup>11</sup>.

### **Diseño de sonrisa:**

El diseño de sonrisa consiste en adecuar el tamaño, la forma y el color de los dientes según el rostro de la persona, su color de piel y su contextura física con el objetivo de brindarle armonía estética.

Cabe señalar que el diseño de sonrisa es un procedimiento completo, que varía de acuerdo a las características particulares de cada paciente. Las especialidades odontológicas que entran en acción son la ortodoncia (para mejorar la posición de los dientes), la periodoncia (así asegurar las mejores condiciones para las encías y favorecer una adecuada altura de ellas), la rehabilitación (reemplazo de piezas faltantes) y las técnicas de blanqueamiento (mejoramiento del tono de los dientes)<sup>11</sup>.

### **Diseño de Sonrisa Digital:**

Con relación a lo antes mencionado en una sociedad actual que cada día busca agilizar y acelerar los procesos, en un era moderna y digital el Diseño de Sonrisa Digital se impone como una herramienta multiuso que abarca varias especialidades de la odontología y nos permite llevar un tratamiento con un orden secuencial, junto con un plan de tratamiento integral que devuelva la salud, la función y la estética al paciente. En efecto, es una herramienta que permite visualizar los resultados del tratamiento restaurador casi inmediatamente y es guiado por un análisis fotográfico digital extra e intra-oral, junto con el encerado diagnóstico y el mock-up directo, consiguiendo así un tratamiento más preciso y casi cercano a la perfección.

Se impone como una regla multiuso que implementa un software sencillo y fácil de utilizar en diferentes dispositivos como computadoras, tablets, smartphones, permitiendo compartir modificar y visualizar imágenes en tiempo real por un grupo multidisciplinario de profesionales especialistas en las diferentes ramas de la odontología.<sup>13</sup>

Se vive en una sociedad actual que es muy visual, y las herramientas del diseño de sonrisa permiten ofrecer una imagen de los resultados esperados con el tratamiento; esta imagen debe ser potenciada y aprovechada al máximo para incentivar al paciente.<sup>14</sup>

### **Factores previos a tomarse en cuenta para realizar un diseño de sonrisa:**

El Diseño de Sonrisa es un tratamiento que hace parte de un proceso que se establece en la cita previa con el especialista donde se determinan las fases previas antes de realizar el Diseño de los dientes, estas fases previas pueden ser: Higiene Oral, Salud Oral donde se lleva a cabo el cambio de amalgamas por polímeros de alta estética, incrustaciones cerámicas o la realización de Sellantes entre otros tratamientos que aseguran la calidad de vida del diente, la Cirugía Oral como se mencionó anteriormente y el Blanqueamiento son tratamientos que también hacen parte de los procesos previos, para finalmente llegar al Diseño de Sonrisa”<sup>15</sup>.

#### **Proporciones Divinas en Odontología:**

En el área odontológica existen muchos estudios sobre la aplicabilidad de las proporciones divinas, destacándose los trabajos realizado por Levin<sup>21</sup> en 1978 y Ricketts,1988<sup>22</sup>, en los cuales el objetivo principal era utilizar estas normas en función de mejorar los resultados estéticos en el área restauradora y encontrar el significado biológico de dichas proporciones.

La proporción divina es considerada un punto de partida para diseñar el ancho relativo real de los dientes para una sonrisa armónica desde una vista frontal. Para poder determinar la proporción divina de los dientes antero superior se debe utilizar una foto frontal<sup>23</sup>.

Suponiendo que la disposición dentaria está en perfecta proporción divina, el radio del ancho mesiodistal de los seis dientes antero superiores sería: 0.618:1.0:1.618:1.618:1.0:0.618. Cuando se divide cada valor de radio individual

entre el total de los valores de canino a canino, se obtiene cada diente ocupa un porcentaje dentro del ancho: 10%:15%:25%:25%:15%:10%<sup>23-21</sup>.

En la Odontología Estética se establecieron algunos conceptos que no se pueden olvidar y que facilitan el trabajo a la hora de diseñar una sonrisa, como son la simetría, la dominancia y la proporción regresiva de aparición. La dominancia indica la preponderancia de los incisivos centrales superiores, debido a que son más notorios y observables con respecto a los otros dientes. Mientras que la proporción regresiva se refiere a la exhibición de los dientes en el arco dentario, la que gradualmente disminuye en dirección distal o en sentido antero posterior debido a la curvatura del arco dentario. Cuanto menos visible sea un diente, menos será su importancia en la sonrisa<sup>21</sup>.

### **Impresiones y encerados diagnósticos:**

El odontólogo realizará unas impresiones iniciales o de estudio para poder efectuar un encerado que no es más que la guía o muestra luego de todos los estudios faciales y dentales del diseño. La confección de modelos de estudio facilitará una visión desde todos los ángulos del conjunto dentario facilitando la medición y comparación con parámetros preestablecidos. También puede realizarse un encerado de prueba para proyectar las futuras restauraciones y discutir las con el paciente y con el técnico dental<sup>18</sup>.

**Sonrisa:**

Proviene del latín *subridere*: que significa reírse levemente y sin ruido. Es un efecto de humor, el más bello, armónico y saludable que se produce en el ser humano<sup>24</sup>.

Es una expresión común que refleja placer o entretenimiento pero también puede ser una expresión involuntaria de ansiedad o de muchas otras emociones (ira, ironía, etc.). Es una reacción normal a ciertos estímulos que ocurre independientemente de cuál sea la cultura<sup>25</sup>.

**Clasificación de la sonrisa:**

Rubin en 1974, realizó una clasificación de la sonrisa tomando en cuenta la fuerza de los grupos musculares ubicados alrededor de la boca; planteando 3 tipos básicos de sonrisa<sup>25,26</sup>:

- Sonrisa de Mona Lisa: es la más común con un 6% de probabilidad y resulta de la tracción mayoritaria del músculo cigomático, que desliza el ángulo de la boca, existiendo escasa o ninguna resistencia por parte de los músculos depresores<sup>25</sup>.
- Sonrisa Canina: con el 31%, presentando una contracción dominante del elevador del labio superior con cierta resistencia por parte de los depresores de los labios (el perturbador)<sup>25</sup>.
- Sonrisa Franca: con el 2% de los casos, con una exposición dentaria completa, superior e inferior resultado de la contracción de todos los músculos elevadores y depresores de los labios y de las comisuras. Con una acción

significativa del músculo cutáneo del cuello, retrae y deprime el ángulo de la boca<sup>25</sup>.

### **Requerimientos para una sonrisa estéticamente aceptable:**

La sonrisa está constituida por elementos como:

- Forma, grosor, hidratación y color natural de los labios. .
- Forma, tamaño, color, alineación, posición, higiene y estado de salud de los dientes.
- Forma, color, contorno y estado de salud de las encías.

Una sonrisa atractiva presenta las siguientes características<sup>25</sup>:

- Adecuado borde e inclinación correcta de las coronas de los incisivos.
- Adecuada exhibición gingival.
- Pequeños corredores bucales con cúspides de los caninos justo y dentro de las comisuras de los labios.
- Existencia de una correcta relación entre las alturas de los dientes anteriores, y los índices de longitud y ancho de las coronas de los incisivos centrales y laterales. Ahora bien, una sonrisa estética debe presentar ciertos parámetros<sup>28</sup>:

- El labio superior al sonreír debe quedar por encima del límite dentario, exhibiendo 2 o 3 mm del margen gingival.
- La elevación bilateral de las comisuras labiales deben ser idénticas para una sonrisa simétrica.

- La amplitud de la sonrisa debe dejar visible hasta la zona de los caninos, otros autores como Montañez y Muñoz<sup>40</sup> consideran que debe ser visible hasta los segundos premolares.
- La inclinación de los incisivos superiores, durante la apertura amplia de la boca, debe presentar una inclinación de su eje axial en relación a su base mandibular de funcionalmente correcta.

### **La estética de la sonrisa y su evaluación:**

Los aspectos implicados en una sonrisa estéticamente agradable han sido incorporados a la profesión por autores como Morley y Eubank en el 2001<sup>30</sup>, con la denominación de la disciplina “diseño de sonrisa”, cuya teoría se puede dividir en cuatro áreas: estética facial, estética gingival, microestética y macroestética<sup>31</sup>.

En sintonía con lo anterior, McLaren y Rifkin<sup>31</sup>, describen las dimensiones para realizar el análisis estético, el cual dividen didácticamente en dos fases, un análisis Macroestético y un análisis Microestético.

La evaluación macroestética consiste en la observación de los aspectos relacionados con la cara (análisis facial de frente y perfil), características de los labios, dientes y encías tomados como un conjunto. El análisis microestético consistirá en la observación minuciosa de los aspectos individuales de cada diente. Visto desde esta perspectiva estos autores proponen la evaluación de la estética en dos dimensiones<sup>32</sup>.

DIMENSIÓN	ELEMENTOS
Macroestética	Análisis facial, Análisis dentofacial (labios, dientes, encías)
Microestética	Características individuales del diente

Tomado de McLaren y col<sup>32</sup>.

**Tabla 1.** Evaluación de la Estética según McLaren y Rifkin 2002.

El análisis macroestético la evaluación del aspecto dentofacial, es decir la evaluación de la sonrisa desde el marco del tercio inferior, utilizando fotografías de la zona peribucal, relacionando labios y estructuras dentarias, estudia la relación del labio con los dientes evaluando el grado de exposición dentaria en reposo y al sonreír, la curva de la sonrisa y su paralelismo con el labio inferior, grado de exposición gingival al sonreír, amplitud de la sonrisa en relación al número de dientes observables durante la sonrisa, presencia y tamaño de los corredores bucales, coincidencia de la línea media dentaria superior y el plano oclusal en relación a la línea intercomisural<sup>32</sup>.

El aspecto microestético incluye la evaluación de las características estéticas relacionadas con el diente en cuanto a su forma, tamaño, color, textura, evalúa los aspectos relacionados con la estética gingival como son el estado de salud, aspecto y forma de las encías y ubicación del margen gingival entre otros.

#### **Caracterización de los dientes:**

Incluye los fenómenos de reflexión /transmisión de la luz (opalescencia, transparencia, translucidez) como las coloraciones intensas (manchas, fisuras, lóbulos

dentinales, zonas de dentina infiltrada) y los efectos específicos de la conformación (atrición, abrasión). Todo ello determina la sensación de edad y carácter del diente<sup>32</sup>.

La opalescencia es una propiedad óptica del esmalte y se refiere a la capacidad de transmitir una determinada gama de longitud de onda de la luz natural (los tonos rojos-anaranjados) y reflejar otras (los tonos azul-violetas)<sup>33</sup>.

La translucidez: es el aspecto resultante de la combinación entre la opacidad completa (como el marfil) y la transparencia completa (como el cristal). Los dientes, especialmente los bordes incisales, muestran rasgos distintivos al incorporar una amplia gama de efectos causados por la combinación de la translucencias y la transparencia<sup>33</sup>.

**Línea Labial Inferior:** debe existir coincidencia entre los bordes incisales y el labio inferior, esto es esencial para obtener una sonrisa agradable. Los puntos de contacto interproximales, los bordes incisales y el labio inferior definen respectivamente unas líneas paralelas entre sí, que por regla denotan que el conjunto es armónico<sup>33-35</sup>.

Cuando el contorno global está invertido por un proceso de envejecimiento acelerado, es típica la presencia de espacio entre los incisivos centrales y en el labio superior, que conlleva a la pérdida de cohesión visual (armonía) de la composición dentofacial<sup>33</sup>.

**Simetría de la Sonrisa:** la simetría de la sonrisa se refiere a la colocación relativamente simétrica de las comisuras de la boca en un plano vertical que deriva directamente de la línea bipupilar. La línea Oclusal debe seguir a la línea comisural, consiguiéndolo, incluso, mediante ligeras asimetrías en el componente dental,

siempre hay variaciones entre ambos lados del rostro y es contrario a la naturaleza creer que se requiera una absoluta simetría.

Se puede decir lo mismo de la línea media, cuyo emplazamiento preciso está con frecuencia sobrevalorado: las líneas medias dentarias y faciales coinciden en el 70% de la población, las líneas medias maxilar y mandibular no coinciden en casi tres cuartas partes de la población<sup>42</sup>.

### **Operacionalización de variables:**

La operacionalización de variables consiste en determinar el método a través del cual las variables serán medidas o analizadas. Una variable es una característica o cualidad, magnitud o cantidad susceptible de sufrir cambios y es objeto de análisis, medición, manipulación o control en una investigación. Las variables identificadas en el estudio indicarán en forma directa que se debe observar o medir en el proyecto de investigación radicando en estos aspectos y su importancia <sup>52</sup>.

Las definiciones operacionales son esenciales para poder llevar a cabo cualquier investigación, ya que los datos deben ser recogidos en términos de hechos observables. La definición operacional de cada variable identificada en el estudio representa el desglosamiento de la misma en aspectos cada vez más sencillos que permitan la máxima aproximación para poder medirla, estos aspectos se agrupan bajo las denominaciones de dimensiones e indicadores<sup>52</sup>.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

El presente capítulo está referido al marco metodológico de la investigación que incluye el tipo o tipos de investigación, las técnicas y los procedimientos que serán utilizados para llevar a cabo la indagación, es el cómo se realizará el estudio para responder al problema planteado. Es por ello que, la metodología es una de las etapas de la investigación que implica determinar las herramientas, técnicas y procedimientos a utilizar para el logro de los objetivos planteados, y además la interpretación de los mismos<sup>53</sup>.

Por lo tanto, el marco metodológico de la investigación plantea la necesidad de realizar una revisión de literatura sobre estética dental en la enfermedad periodontal, como estrategia para adquirir conocimiento y analizar los resultados obtenidos.

#### **Diseño y tipo de investigación**

De acuerdo al grado de profundidad del objeto de estudio, esta investigación está netamente asociado al tipo de investigación documental, debido a que se propuso el análisis sistemático de un objeto de estudio, donde los datos obtenidos fueron recopilados de fuentes documentales o bibliográficas, tales como artículos científicos de revistas o trabajos de grado. En cuanto al diseño es bibliográfico ya que consistió en la recopilación de información de fuentes bibliográficas, como libros y artículos que sirvan de apoyo a los investigadores, para ello se analizaron aquellos asociados a la investigación presente con el fin de obtener los resultados por medio de los bloques

de búsqueda Documental, dado que se revisaron fuentes primarias y secundarias de información, las mismas que sirvieron en la contribución del desarrollo del marco teórico.<sup>63</sup>

### **Población y Muestra.**

La población o universo corresponde al grupo de artículos que forman parte del objeto de estudio y que, a su vez, presentan características en común. La población, o en términos más precisos población objetivo, es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Ésta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio<sup>54</sup>.

Para el desarrollo del presente estudio, se consideró como población las bases de datos electrónicos Pubmed, Researchgate y Google Académico, así como repositorios académicos digitales de universidades locales, nacionales e internacionales.

En tal sentido, la población objeto de estudio de esta investigación estuvo conformada por 97 artículos científicos relacionados con el tema base.

Ahora bien, se define que la muestra es la que puede determinar la problemática que se está estudiando, ya que esta es capaz de generar los datos con los cuales se identifican las fallas dentro del proceso o problema que se investiga, por cuanto son los que darán los datos de primera mano de la situación problemática<sup>103</sup>

Dado que la investigación es bibliográfica, se consideran unidades de análisis todas las publicaciones que cumplan con los siguientes criterios de inclusión.

**Criterios de inclusión:**

- Artículos de investigación o de revisión publicados en las bases de datos preestablecidas por la coordinación, en el periodo 2015-2020.
- Artículos que contengan información de importancia sobre el tema que se trata.
- Artículos que presenten un resumen.

**Criterio de exclusión:**

- Información que presenten una opinión en vez de un artículo científico o un artículo duplicado, además artículos de investigación o de revisión publicados en las bases de datos preestablecidas por la coordinación, fuera del periodo 2015-2020.

Una vez aplicados dichos criterios la muestra quedó integrada por 50 investigaciones relacionadas con los bloques de búsqueda.

**Técnicas e Instrumentos de recolección de la información**

Las técnicas tienen que ver con los procedimientos utilizados para la recolección de datos, es decir el cómo este puede ser de revisión documental. Además, la selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos implica determinar por cuáles medios o procedimientos el investigador obtendrá la información necesaria para alcanzar los objetivos de la investigación<sup>55</sup>.

Como técnica para recabar la información se utilizó la observación directa de los artículos relacionados al tema, que consiste en el uso de los sentidos para registrar

algún aspecto significativo del fenómeno bajo estudio<sup>54</sup>; en efecto, se empleó dicha técnica para la revisión de documentos, asimismo, como instrumento para organizar la información seleccionada se utilizó la ficha bibliográfica que se almacenará en memorias portátiles.

### **Técnicas de Procesamiento de Información**

Para el análisis de la información y poder obtener conclusiones y recomendaciones se procedió a emplear el método Analítico-Sintético en donde se estudian los hechos, partiendo de la descomposición del objeto de estudio en cada una de sus partes para estudiarlas en forma individual y luego de forma holística e integral. Estos métodos corresponden a géneros de raciocinio o sea la inducción y la deducción<sup>55</sup>. Se analizaron diversas publicaciones de autores acerca del tema en estudio, sobre sus ventajas y desventajas y el tratamiento de elección a seguir dependiendo de las características del paciente.

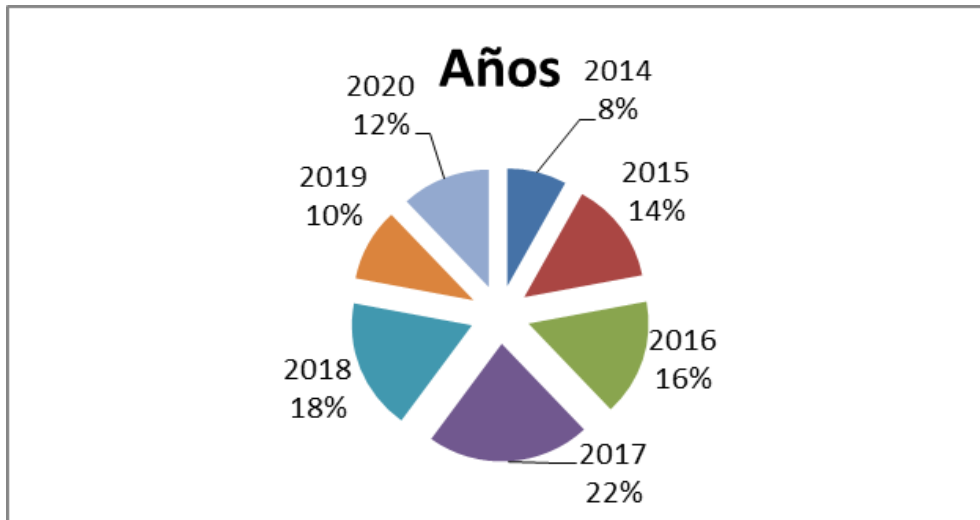
## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de resultado, se realiza para asegurar que el planteamiento teórico que fue expuesto, tiene soporte con los datos empíricos presentados. Se logra a través de dos procesos<sup>102</sup>

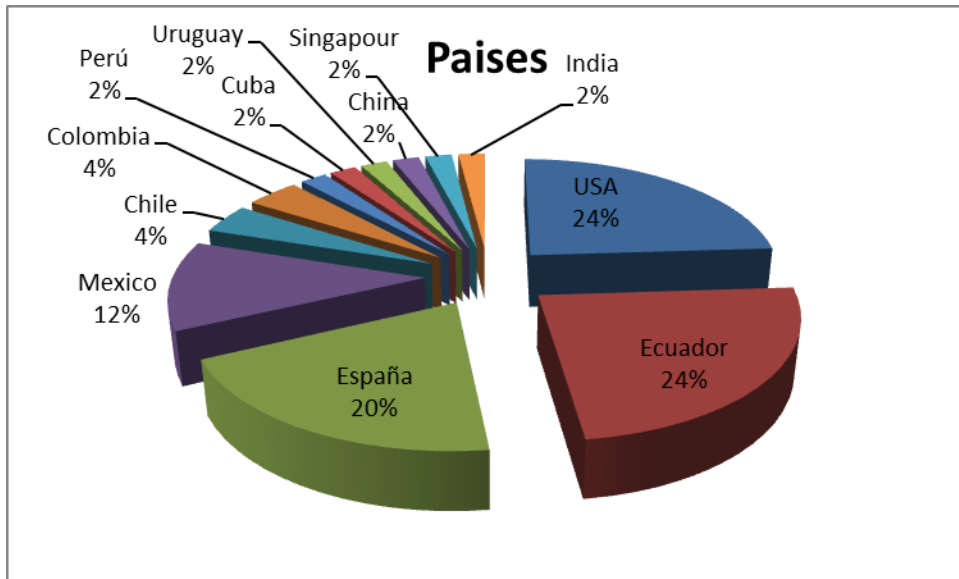
- **El análisis**, que es la conclusión o respuesta a los objetivos planteados en una investigación, basados en datos recogidos para tal fin. <sup>102</sup>
- **La interpretación de los resultados**, que es la búsqueda de significado al resultado del análisis, dándole significado sociológico y así realizar algún aporte sobre el problema planteado.<sup>102</sup>

Por consiguiente se procedió a analizar los resultados obtenidos a través del estudio y observación de las gráficas y tablas expuestas a continuación.



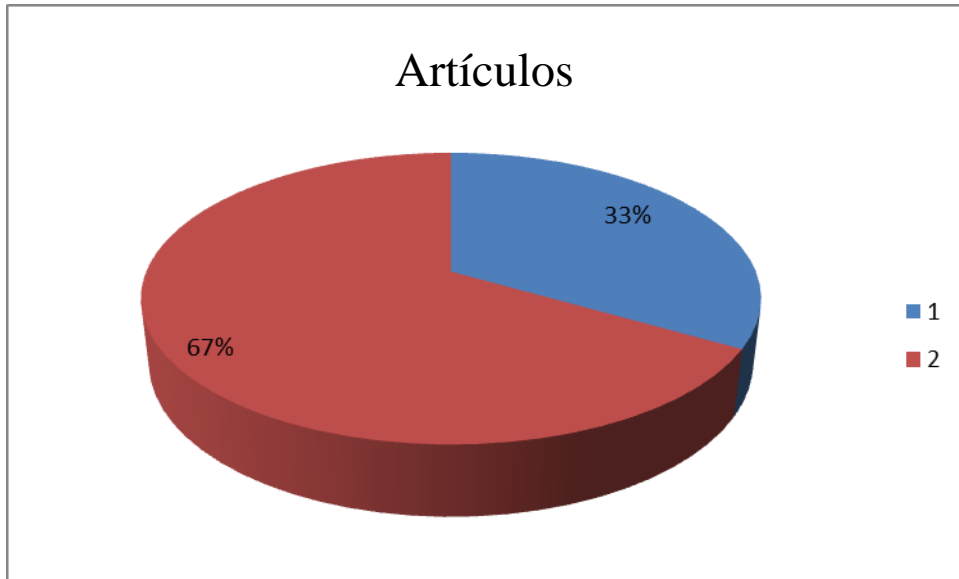
**Gráfica 1. Análisis de los resultados organizados cronológicamente.**

A través del análisis de esta gráfica se logró determinar que la mayor cantidad de artículos consultados pertenecen al año 2017 obteniendo un porcentaje del 22%, donde el artículo más relevante para nuestra investigación fue “tratamiento del triángulo negro interdental con ácido hialurónico<sup>98</sup>” posterior a esto los artículos que pertenecen al año 2018 dieron como resultado un porcentaje del 18%, ahora es importante señalar que en el año 2016 se obtuvo un porcentaje de 16% de la literatura consultada, lo que nos permitió concluir que los años 2015 con un 14%, 2020 con un 12%, 2019 10% y 2014 con 8%, fueron los años con menor literatura consultada que cumplieron con los objetivos en este trabajo de investigación.



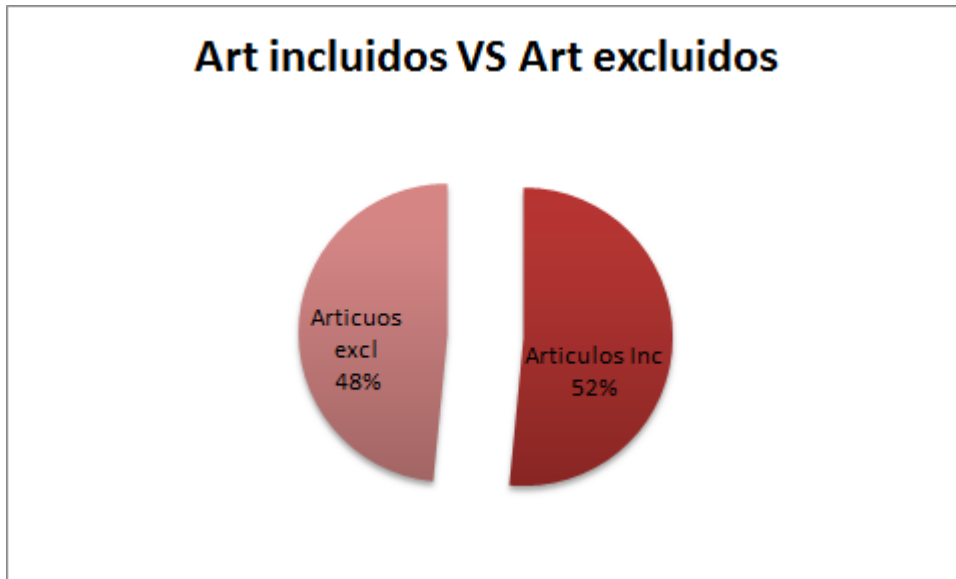
**Gráfica 2 Análisis de los resultados organizados geográficamente.**

Mediante el procesamiento de análisis de esta gráfica se logró establecer que los países con igualdad de porcentaje de publicaciones consultadas para el presente trabajo de investigación es Ecuador y USA con un porcentaje del 24% siendo el artículo más relevante “plazo de cuatro terapias periodontales quirúrgicas y una terapia no quirúrgica: una revisión sistemática y un metanálisis<sup>91</sup> “seguido a este la nación de España que obtuvo un porcentaje de 20% de las publicaciones consultadas, siendo así México el cuarto país con mayor cantidad de literatura consultadas con un porcentaje del 12% , de manera tal que los países, Chile, Colombia (4%) Uruguay, Cuba, China, Perú, Singapur e India (2%) fueron los países con menos literatura consultada en dicho trabajo de investigación.



**Gráfica 3. Análisis de los resultados organizados por objetivos de la investigación.**

A través las publicaciones consultadas se pudo determinar que el 67% de la literatura consultada cumplió con el segundo objetivo, donde el artículo más relevante fue “Cirugía de corrección de márgenes gingivales como tratamiento estético periodontal<sup>71</sup> y el 33% cumplió con el primer objetivo, siendo el artículo más relevante “tratamiento del triángulo negro interdental con ácido hialurónico<sup>98</sup> “ concluyendo así que el indicador más predominante es el segundo objetivo.



**Gráfica 4. Análisis de los resultados organizados en artículos incluidos y excluidos**

De acuerdo a este resultado de nuestra muestra representa el 52% y nuestra población comprende el 48%, a partir de ello, se procedió a destacar los hallazgos más relevantes contenidos en nuestra muestra.

**Tabla 4.** Cuadro resumen de los indicadores

<b>Elaborar una revisión de literatura relacionada con el análisis de los procedimientos periodontales en odontología restauradora que son utilizados para corregir las secuelas estéticas en pacientes afectados por enfermedad periodontal.</b>	<b>Número de veces encontrado en los artículos</b>	<b>Porcentaje de veces encontrado</b>
<b>Señalar las diferentes secuelas estéticas producidas por la enfermedad periodontal</b>	14	28%
<b>Establecer los diferentes tratamientos periodontales y estéticos para corregir las secuelas producidas por la enfermedad periodontal.</b>	36	72%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Jesús Mosquera y María Rojas, 2021

Obteniendo el resumen de los indicadores pudimos observar que la mayoría de relevancia de artículos se encuentra en nuestro segundo indicador, encontrado 36 veces con un 72% seguido del primer indicador que fue encontrado 14 veces con un 28%. Tomando en cuenta que los mayores porcentaje responden de manera más directa a los objetivos de esta investigación.

**Tabla 5** Resumen, se procede a analizar cada indicador del cuadro, resaltando lo que se considera hallazgo relevante en los artículos revisados.

<b>Indicadores</b>	<b>Número de veces encontrado en artículos</b>	<b>Porcentaje de veces encontrado</b>
<b>Señalar las diferentes secuelas estéticas producidas por la enfermedad periodontal</b>	14	28%
<b>Establecer los diferentes tratamientos periodontales y estéticos para corregir las secuelas producidas por la enfermedad periodontal.</b>	36	72%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fuente: Jesús Mosquera y María Rojas, 2021

Los descubrimientos más relevantes, corresponden a que los indicadores de búsqueda con mayores resultados obtenidos fueron: Establecer los diferentes tratamientos periodontales y estéticos para corregir las secuelas producidas por la enfermedad periodontal. Encontrada 36 veces con un 72% en la bibliografía revisada. Por consiguiente, el primer indicador con más prevalencia en bibliografía consultada cumpliendo con un porcentaje de 28% encontrado en 14 artículos. Concluyendo que dichos porcentajes de indicadores nos proporcionan el 100% de búsqueda en la bibliografía consultada.

### **Discusión de resultados**

Según los resultados obtenidos de cuadro de resumen de indicadores los hallazgos más relevantes, datan que los indicadores de búsqueda con mayores resultados obtenidos fueron: Establecer los diferentes tratamientos periodontales y estéticos para corregir las secuelas producidas por la enfermedad periodontal, encontrada 36 veces con un 72% en la bibliografía revisada, resultando relevante: “Cirugía de corrección de márgenes gingivales como tratamiento estético periodontal<sup>71</sup>” artículo donde se destacó que en cualquier plan de tratamiento rehabilitador se debe tener en cuenta la salud periodontal y la estética periodontal en conjunto, respetando las demandas de los tejidos periodontales y los tratamientos que ayuden a mejorar la estética en función de esta, reafirmando así que todo tratamiento odontológico debería cumplir con las necesidades del paciente siempre y cuando sean sensatos, mientras el clínico cumple con los requerimientos periodontales. A continuación el siguiente artículo que cumplió con el primer indicador que fue encontrado 14 veces con un 28% en la revisión de literatura “tratamiento del triángulo negro interdental con ácido hialurónico<sup>98</sup>” artículo donde relató la aparición del triángulo negro o tronera gingival, siendo este la secuela estética más producida por la enfermedad periodontal, además de que no solo trae consigo consecuencias estéticas sino explicando que la ausencia de la papila interdental permite la acumulación de alimentos y traumas de los tejidos periodontales pues al no existir una barrera que proteja estos espacios se encuentran más susceptibles, en el mismo artículo se destacó el uso del ácido hialurónico, material que va en auge en el área de periodoncia.

Finalmente, dichos porcentajes de indicadores nos proporcionan el 100% de búsqueda en conjunto con estos dos artículos encontrados que resultaron un hallazgo relevante en la bibliografía consultada, como lo fueron:

- “Cirugía de corrección de márgenes gingivales como tratamiento estético periodontal<sup>71</sup>”
- “Tratamiento del triángulo negro interdental con ácido hialurónico<sup>98</sup>”

Donde ambos corresponden a una revisión de literatura relacionada con el análisis de los procedimientos periodontales en odontología restauradora que son utilizados para corregir las secuelas estéticas en pacientes afectados por enfermedad periodontal.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

De acuerdo con lo descrito en el capítulo anterior una vez finalizado el objeto de estudio, existe una serie de conclusiones que abarca los objetivos específicos de este trabajo que permite demostrar el cumplimiento de los mismos.

Según autores descritos la enfermedad periodontal son condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente; que acarrear consigo con múltiples consecuencias tanto a nivel fisiológico como a nivel estético y como es bien sabido la estética actualmente no se considera una vanagloria sino más una necesidad intrínseca del ser humano, por lo que el odontólogo debería de cumplir con las necesidades de estos dos ámbitos, motivo por el cual este trabajo de investigación se vio en la necesidad de señalar las secuelas estéticas producidas por la enfermedad periodontal y establecer los tratamientos periodontales y estéticos que den o ayuden a dar solución a estas secuelas; por lo que se concluyó que:

En el primer objetivo “señalar las diferentes secuelas estéticas producidas por la enfermedad periodontal” se concluyó que es completamente posible debido a la amplia información que existe acerca del tema además de que es de suma importancia, ya que las secuelas de la enfermedad periodontal no solo serán funcionales, siendo estas a las que el ojo clínico estará atento y dispuesto a resolver en primera instancia aunque siendo objetivos no debemos de calificar de manera

negativa este comportamiento ya que como lo dijo Hipócrates “nuestro propósito como personal de la salud no es más que llevar el bien y la salud de los enfermos” sino entender y tomar en cuenta que el resultado será más satisfactorio si se conoce y se cumplen con las necesidades estéticas del pacientes y los requerimientos periodontales que observe el clínico.

Ahora bien en nuestro segundo objetivo “establecer los diferentes tratamientos periodontales y estéticos que ayuden a corregir las secuelas producidas por la enfermedad periodontal” aquí se concluyó que en la actualidad existe una muy variada cantidad de tratamientos destinados a solucionar la afección periodontal a la vez que se corrigen las secuelas estéticas producidas por esta, además de la amplia existencia de materiales a utilizar, por lo que el clínico debe de estar al tanto y a la vanguardia de esto, sin dejar de lado las opciones que nos brinda la odontología restauradora para corregir estas secuelas, de forma tal que pueda brindar mejores resultado, cumpliendo con los requerimientos estéticos y periodontales.

Ahora bien en términos generales aunque existan protocolos y maniobras estandarizadas como tratamientos los pacientes deben de ser tratados y evaluados de forma individualizada y en busca de la resolución de su problema, por lo cual una evaluación exhaustiva es un requisito primordial, ya que nos permitirá seleccionar el tratamiento más indicado para resolver la afección del paciente de manera tal que se le otorgue salud periodontal y estética adecuada al paciente.

## **Recomendaciones**

Desde el punto de vista clínico se sugiere estudiar cada caso detalladamente y evaluar las diferentes opciones que permitan solucionar la afección periodontal y a la vez cumplir los requerimientos estéticos del paciente en lo posible para así lograr no solo un tratamiento con pronóstico favorable en lo funcional sino afectar positivamente en la calidad de vida y bienestar del paciente al influir en la autopercepción de su imagen de y la percepción de su entorno hacia este.

Desde el punto de vista metodológico, se recomienda ampliar el campo de la investigación, comparando diferentes técnicas de abordaje periodontal y que a su vez mejore la estética bucal.

Desde el punto de vista investigativo se recomienda continuar con esta línea de investigación en aporte a este trabajo de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

## REFERENCIAS.

1. Joubert Hued R. Odontología adhesiva y estética [Internet]. Madrid: Editorial Médica; 2009 [citado 6 Marz 2014]. Disponible en: <http://www.odontologiajoubert.com/?redir=frame&uid=www54944484889d07.75455643>.
2. FDI. El desafío de las enfermedades bucodentales: una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental, 2ª edición, FDI, 2015. [Internet] Disponible en: <https://rcoe.es/articulo/59/epidemiologia-de-las-enfermedades-gingivo-periodontales#:~:text=La%20enfermedad%20periodontal%20es%20una,enfermedades%20periodontales%20la%20causa%20principal>.
3. Criado, Victoria. Especialización en periodoncia2016 [Internet] Disponible en: [http://www.ucv.ve/fileadmin/user\\_upload/facultad\\_odontologia/POSTGRADO/Programa\\_PERIODONCIA.pdf](http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_odontologia/POSTGRADO/Programa_PERIODONCIA.pdf)
4. Arias, F. (2012). El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. (6ª ed.). Caracas: Episteme C. A.
5. Paez, Melisa y otros. Rehabilitación integral de paciente con afectación periodontal, comprometido Sistemicamente. Ecuador. 2015 <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/852/1/T-UIDE-0717.pdf>
6. Preshaw P.M. Detection and diagnosis of periodontal conditions amenable to prevention. BMC Oral Health. 2015;15(Suppl 1):S5 [Internet] Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/282127512\\_Detection\\_and\\_diagnosiss\\_of\\_periodontal\\_conditions\\_amenable\\_to\\_prevention/link/56297e8508aef25a243d7d05/download](https://www.researchgate.net/publication/282127512_Detection_and_diagnosiss_of_periodontal_conditions_amenable_to_prevention/link/56297e8508aef25a243d7d05/download)
7. EFP. Nueva Clasificación de enfermedades periodontales y periimplantarias. Revista de salud bucodental. 2018 S5 [Internet] Disponible en: [https://www.sepa.es/web\\_update/wp-content/uploads/2019/08/Paper02\\_Periodontitis-01-Final\\_Castellano.pdf](https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2019/08/Paper02_Periodontitis-01-Final_Castellano.pdf)
8. SEPA. Periodoncia clínica, diagnostico y tratamiento de la enfermedad periodontal. 2018. [Internet] Disponible en: [https://www.sepa.es/web\\_update/wp-content/uploads/2018/09/Lecturas\\_Sepa\\_EST93\\_ok.pdf](https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/09/Lecturas_Sepa_EST93_ok.pdf)

9. Zeron Agustin. La Clasificación de las enfermedades periodontales, Revista ADM. 2018 [Internet] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od183a.pdf>
10. Chambrone, Leandro y otros. Procedimientos periodontales de cobertura de la raíz del tejido blando: una revisión sistemática del Taller de regeneración de la AAP. Estados Unidos. 2015 disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25644302>
11. Londoño BMA, Botero MP. La sonrisa y sus dimensiones. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2012; 23 (2): 353-365.
12. Coachman C, Van Dooren E, Gürel G, Landsberg CJ, Calamita MA, Bichacho N. Smile design: From digital treatment planning to clinical reality. In: Cohen M (ed). Interdisciplinary Treatment Planning. Vol 2: Comprehensive Case Studies. Chicago: Quintessence, 2012:119-1.
13. Miron Richard y otros. Fibrina inyectable rica en plaquetas (i-PRF): ¿oportunidades en odontología regenerativa?. Estados Unidos. 2017. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28154995/>
14. Gonzales, Gina: Ventajas y desventajas del diseño de sonrisa: Alargamiento coronal y área protésica. Guayaquil, Ecuador. Universidad de Guayaquil 2018 [Internet] Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/29624/1/2521GONZ%C3%81LEZgina.pdf>
15. Terry DA, Moreno C, Geller W, Roberts M. The importance of laboratory communication in modern dental practice: stone models without faces. Pract Periodont Aesthet Dent 1999; 11(9): 1125-1132.
16. Sharam, Ena. El papel del injerto de tejido conectivo subepitelial para la reconstrucción de la papila interdental: estudio clínico. Singapur. 2017 disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29229072/>
17. Kashima-Tanaka M, Tsujimoto Y, Kawamoto K, Senda N, Ito K, Yamazaki M. Generation of free radicals and/or active oxygen by light or laser irradiation of hydrogen peroxide or sodium hypochlorite. J Endod. 2003; 29 (2): 141-143

18. Dahl JE, Pallesen U. Tooth bleaching--a critical review of the biological aspects. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2003; 14 (4): 292-304.
19. Minoux M, Serfaty R. Vital tooth bleaching: biologic adverse effects-a review. *Quintessence Int.* 2008; 39 (8): 645-659
20. Levin E. Dental Esthetics and the Golden proportion. *The Journal of prosthetics Dentrysti.* 1978. [Internet] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/279670>
21. Ricketts R. The biologic significance of the divine proportions. *Am J. Orthod.* 1982; 81:35 [Internet] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6960724/>
22. Fieramosca F. Diseño de sonrisa en ortodoncia. Trabajo Especial de grado. Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela 2010
23. Henostroza G. Estética en odontología restauradora. 1ra edición. Editorial Ripano. 2006.
24. Hernández M. Evaluación de la sonrisa. *Rev. Mexicana de medicina física y rehabilitación.* 2000, 3:49-52.
25. Rubin LR. The anatomy of the smile: its importance in the treatment of facial paralysis. *Plast Recons Surg* 1974; 53.
26. Nanda R. *Biomecánicas y Estética.* Editorial Amolca. 2007.
27. Canut J. *Ortodoncia Clínica y Terapéutica.* Editorial Masson. 2da edición. 2002
28. Moore T, Karin A, Casco J, Qian F and Thomas E. Buccal corridors and smile esthetics. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2005;127:208-13.
29. Morley J, Eubank J. Elementos macroestéticos en el diseño de la sonrisa. *J Am Dental Associations.* 2001:9-15.
30. Molina M. La estética facial desde el punto de vista del ortodoncista. Editorial Ripano. 2009: 67-70.
31. McLaren E, Rifkin R. Macroesthetics an dentofacial analysis. *CDA Journal*, 2002; 30,11: 839-46.

32. Magne P, Belser U. Restauraciones de porcelana adherida en los dientes anteriores, método biomimético. Editorial quintessence, 2004; 50-94.
33. Lindhe J, Karring T. Anatomy of the periodontium. Clinical periodontology and implant dentistry. 1997; 21-4.
34. Moncada G, Angel P. Parámetros estéticos para la evaluación de la estética dentaria anterosuperior. Revista Dental de Chile, 2008.
35. Rufenacht C. Fundamentals of esthetics. Editorial Quintessence, 1990; 76-134.
36. Proffit W, Fields H, Sarver D. Ortodoncia Contemporánea. Editorial Elsevier. 2009; 250-53.
37. Lombardi R. The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics. J Prosthet Dent 1973; 29: 358- 82.
38. Sterrett J, Robinson F, Fortson W, Knaak B, Rusell C. Width/length ratios of normal clinical crowns of the maxillary anterior dentition in man. J Clin Periodontal 1999; 26: 153-57.
39. Ash M. Wheelers dental anatomy, ed 7, Edit Saunders, 1993.
40. Baratieri L. Esthetics: direct adhesive restorations on fractured anterior teeth. Editorial Quintessence, 1998: 33-53.
41. Miller E, Bodden W, Jamison H. A study of the relationship of the dental midline to the facial median line. J Prosthe Dent. 1979; 41: 657-60.
42. Pjetursson BE, Sailer I, Zwahlen M, Hämmerle CH. A systematic review of the survival and complication rates of all-ceramic and metal-ceramic reconstructions after an observation period of at least 3 years. Part I: Single crowns. Clin Oral Implants Res. 2007; 18(3):73- 85.
43. Geller W. Dark and shaded zones-one of the important aspects of the W. Geller creative color technic. Quintessenz Zahntech 1982; 8:467-473.
44. Anusavice, K.J. Recent developments in restorative dental ceramics. J Am Dent Assoc. 1993; 124(2):72-4

45. Christensen GJ. Veneering of teeth. State of the art. Dent Clin North Am. 1985; 29 (2): 373-391.
46. Tjan AH, Dunn JR, Sanderson IR. Microleakage patterns of porcelain veneers. J Prosthet Dent. 1989; 61(3) 2: 276-282.
47. Shillingburg HT, Hobo S Whitset LD. Fundamentals of fixed prosthodontics, Chicago, Quintessence, 1981.
48. Graziani F et al. Nonsurgical and surgical treatment of periodontitis: how many options for one disease? Periodontol 2000 2017; 75: 152–188.
49. Guerrero, Adrián.transdisciplinar, multidisciplinar o interdisciplinar “revista científica de la sociedad española de periodoncia” 2017. [Internet] Disponible en: [https://www.sepa.es/web\\_update/wp-content/uploads/2017/05/perio\\_5.pdf](https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2017/05/perio_5.pdf)
50. Arias, F. (2006). El proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. ((5° ed.). Caracas, Venezuela: Episteme.
51. Hernández Sampieri R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
52. Barranco (1982). Metodología de la Investigación. Población y Muestreo
53. Hurtado (2008). (pág. 153-164). Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Disponible en <http://virtual.urbe.edu/tesispub/0094718/cap03.pdf>
54. Chapple ILC, y cols (2018) Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. Journal of Clinical Periodontology 45 Suppl 20, S68-S77 Disponible en: [https://www.sepa.es/web\\_update/wp-content/uploads/2020/06/Revista-Periodoncia-Cli%CC%81nica\\_16-1.pdf#page=84](https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2020/06/Revista-Periodoncia-Cli%CC%81nica_16-1.pdf#page=84)
55. Armitage GC. (004) Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Annals of Periodontology 4, 1-6.Disponible: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-01072010000200007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000200007).Con el fin de establecer el diagnóstico diferencial entre salud y enfermedad, determinaremos la existencia de SAS Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel Jxz

56. Badersten A, Nilveus R, Egelberg J. (1985) Effect of nonsurgical periodontal therapy. VII. Bleeding, suppuration and probing depth in sites with probing attachment loss. Journal of Clinical Periodontology Disponible en: <http://www.ykdent.com.tw/pdf/CHAPTER%208.%20Non-Surgical%20Therapy.pdf> (Badersten y cols. 1985 ).
57. Armitage GC. (004) Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Annals of Periodontology 4, 1-6.Disponible: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-01072010000200007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000200007).
58. Blanco, Juan y otros, Diagnóstico y tratamiento de la periodontitis estadio II según la nueva clasificación. España. Sociedad Española de Periodoncia 2020.
59. Echeverría, Ana y otros. Antibióticos sistémicos en el tratamiento de la periodontitis (2 Casos clínicos)España. Sociedad Española de Periodoncia 2018. Disponible en: [http://www.sepa.es/web\\_update/wp-content/uploads/2018/09/Revista-Periodoncia-Cli%CC%81nica-N%C2%BA-11-Definitivo.pdf](http://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/09/Revista-Periodoncia-Cli%CC%81nica-N%C2%BA-11-Definitivo.pdf)
60. Salama, Mauricio y otros. Uso de fibrina rica en plaquetas en odontología regenerativa: una revisión sistemática. Estados Unidos 2017. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00784-017-2133-z>
61. DÍAZ Nelson, Rehabilitación anterior superior con Carillas de Porcelana usando la Técnica de Digital Smile Design. Odontología EstéticaRestauradora.2016. 16 Pág
62. GARCÍA, Anggy: Tratamiento periodontal e hipersensibilidad dentinaria, Guayaquil, Octubre, 2020
63. . QUINTILLÁN, Laura. Abordaje multidisciplinar para la rehabilitación funcional y estética del paciente adulto y geriátrico parcialmente edéntulos, 2 y 3 de julio de 2018
64. Arevalo, David y otros. Rehabilitación periodontal de un paciente conPeriodontitis agresiva generalizada.Ecuador, Univrsidad de Guayaquil. 2017  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/21592/1/AREVALO david.pdf>

65. Elgueta Ricardy otros. Membrana de fibrina versus injerto conectivo como tratamiento de recesión gingival. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2017 Abr [citado 2021 Abr 07] ; 10( 1 ): 17-19. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-01072017000100017&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072017000100017&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072017000100017>.
66. Calzavara, Dino y otros. Abordaje apical y punto suspensorio para la reconstrucción de la papila interdental. España. 2016 disponible en: [http://www.sepa.es/web\\_update/wp-content/uploads/2018/02/Revista-Periodoncia-Clinica-No-4-Online-SIN.pdf](http://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/02/Revista-Periodoncia-Clinica-No-4-Online-SIN.pdf)
67. CASTELO Stefania TRATAMIENTOS PERIODONTALES: QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS Guayaquil, octubre, 2020 Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/49726/1/3408CASTELOadriana.pdf>
68. San, Ignacio y otros. Uso de injertos de tejido blando para mejorar los resultados estéticos en restauraciones sobre implantes. España. 2016. Disponible en: [http://www.sepa.es/web\\_update/wp-content/uploads/2018/02/Revista-Periodoncia-Clinica-No-4-Online-SIN.pdf](http://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/02/Revista-Periodoncia-Clinica-No-4-Online-SIN.pdf)
69. SEGURA, Luis: Tratamiento perio-estético en paciente con periodontitis crónica y recesiones clase III de Miller: caso clínico, Madrid, 2018. Disponible en: [https://perioestetica.com/wp-content/uploads/2020/10/Luis-Segura-Mori\\_Maxillaris\\_2018-1.pdf](https://perioestetica.com/wp-content/uploads/2020/10/Luis-Segura-Mori_Maxillaris_2018-1.pdf)
70. CASTELLAR, Muzzio : Tratamiento estético en el sector anterior con parámetros de proporción aurea. Guayaquil septiembre del 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/33871/1/2659MUZZIOMaryurith.pdf>
71. DÍAZ, Antonio: Cirugía de corrección de márgenes gingivales como tratamiento estético periodontal, Junio de 2014 Aprobado diciembre de 2014. Disponible en: <file:///C:/Users/Anghelyca/Downloads/Dialnet-CirugiaDeCorreccionDeMargenesGingivalesComoTratamie-4788161.pdf>

72. Perez, Pablo. Regeneración ósea guiada: indicaciones, contraindicaciones, proceso clínico. Ecuador. Universidad de Guayaquil.2014. disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5254/1/PEREZpablo.pdf>
73. Lavín Irene y otros. Tratamiento Estético mediante Alargamiento Coronario Quirúrgico a propósito de un Caso. España. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <https://psicologia.ucm.es/data/cont/docs/29-2019-02-15-Lav%C3%ADn%20de%20los%20Llanos.pdf>
74. Liu, Jin y otros. Regeneración hueso-ligamento-cemento periodontal a través de andamios y células madre.Estados Unidos. MDPI .2019 disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6628570/>
75. Peña Carlos, Consecuencias periodontales después del tratamiento de ortodoncia en pacientes adultos con apiñamiento severo Revisión bibliográfica, Mexico 2017. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2017/art-49/>
76. Carlos Aguila y otros. regeneración tisular guiada en el tratamiento de la periodontitis crónica. Peru.2017[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6385/Aguila\\_bm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6385/Aguila_bm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
77. Brayan Rodriguez, y otros. Eficacia de la tetraciclina como coadyuvante en la terapia De raspado y alisado radicular en paciente con periodontitis Crónica. Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2019. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/44129/1/RODRIGUEZbryan.pdf>
78. Godoy, Claudia y otros, Cirugía plástica periodontal, una realidad asistencial: reporte de casos. Chile: Universidad de Chile 2014. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392016000100007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392016000100007&script=sci_arttext&tlng=pt)
79. Rojas, Mariana. Eficacia de la aplicación complementaria de ácido hialurónico en colgajos coronalmente avanzados en sitios de recesión gingival única de clase I de Miller: un ensayo clínico controlado aleatorizado. Estados Unidos. 2018. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00784-018-2537-4>

80. NARANJO, Andrea Tratamiento Periodontal No Quirúrgico Con Irrigación Convencional, Clorhexidina Al 0.12% Y Extracto Etanólico De Propóleo Al 20% En Pacientes Con Periodontitis Crónica. Ecuador. Universidad Central Del Ecuador. 2015. Disponible: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/6834/1/T-UCE-0015-372.pdf>
81. Gonzales, Yaima y otros. Tratamiento de recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo. Cuba. Universidad de Villa Clara. 2018. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicentro/cmc-2018/cmc183d.pdf>
82. ARIAS Marian, terapia periodontal básica de paciente con periodontitis cronica localizada, Guayaquil, Junio 2020. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/48374/1/3165ARIASmarian.pdf>
83. Borgues, Socorro y otros. Comparación clínica del uso del colgajo de avance coronal e injerto de tejido conectivo subepitelial con o sin proteínas derivadas de la matriz del esmalte para la cobertura de recesiones gingivales. Mexico. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2015/uo154i.pdf>
84. Romero Cindy, y otros. Cubrimiento radicular con colgajo posicionado coronal y matriz dérmica acelular en recesiones clase II y III de Miller en paciente con diabetes mellitus tipo II. Reporte de caso. Revista Mexicana de odontología. Mexico. 2019. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2019/mp193c.pdf>
85. Romano, Federica y otros. Un nuevo enfoque sin colgajo versus cirugía mínimamente invasiva en la regeneración periodontal con proteínas derivadas de la matriz del esmalte: un ensayo clínico controlado aleatorizado de 24 meses. Estados Unidos. 2016 disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00784-016-1795-2>
86. Cardona Paola, relación del ancho biológico antes y después de cirugía de aumento de corona clínica, Colombia 2020. Disponible en: [http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/1089/4/relaci%c3%b3n\\_ancho\\_biol%c3%b3gico\\_antes\\_despu%c3%a9s\\_cirug%c3%ada\\_aument\\_o\\_corona\\_cl%c3%adnica.pdf#page30](http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/1089/4/relaci%c3%b3n_ancho_biol%c3%b3gico_antes_despu%c3%a9s_cirug%c3%ada_aument_o_corona_cl%c3%adnica.pdf#page30)
87. CAMACHO, Manuel: consideraciones estéticas en la zona anterior para la recuperación de espacio biológico, universidad de guayaquil facultad de

- odontología, 2018-2019 Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/40145/1/CAMACHOeduardo.pdf>
88. Meizi, Eliezer y otros. Ácido hialurónico como coadyuvante de la terapia periodontal quirúrgica y no quirúrgica: una revisión sistemática y un metanálisis. Estados Unidos. 2018 disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00784-019-03012-w>
89. Vives, Soler y otros. Efecto de los probióticos como complemento de la terapia periodontal no quirúrgica en la periodontitis crónica: una revisión sistemática. Estados Unidos. 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7103449/>
90. Bascones, Andres y otros Cirugía de Widman modificado. Madrid. 2017 disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-65852017000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852017000200004)
91. Mailoa, James y otros. Efecto a largo plazo de cuatro terapias periodontales quirúrgicas y una terapia no quirúrgica: una revisión sistemática y un metanálisis. Estadod Unidos. 2015 disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26110453/>
92. ORDÓÑEZ, Denisse: Percepción estética de la sonrisa en personas afines y no afines a la rama odontológica, Universidad de Guayaquil facultad de odontología,Guayaquil Agosto, 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/33895/1/2683ORDO%c3%91EZdenisse.pdf>
93. Perez, Ricardp y otros. Cirugía plástica periodontal en dientes del sector anterior. Avances en Periodoncia [Internet]. 2016 Dic [citado 2021 Feb 20]; 28( 3 ): 147-154. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-65852016000300005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852016000300005&lng=es).
94. MENCÍAS, Genesis. Tratamiento clínico de recesión gingival localizada en un paciente con periodontitis crónica. Reporte de un caso. Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2016 disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18126/1/MENCÍASgenesis.pdf>

95. Han Zhao. Aplicación subgingival complementaria del gel de clorhexidina en el tratamiento periodontal no quirúrgico de la periodontitis crónica: revisión sistemática y metanálisis. China. 2020 disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32005169/>
96. Noria Luis y otros. Enjuague bucal con clorhexidina como complemento de la terapia mecánica en la periodontitis crónica: un metaanálisis. Estados Unidos. 2017 disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28284417/>
97. Yañez, Raquel Tratamiento de periodontitis agresiva localizada con plasma rico en plaquetas y aloinjerto óseo. Un caso clínico. Mexico.2015 disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1870199X15000075>
98. Fernández Iñigo tratamiento del triángulo negro interdental con ácido hialurónico. Sevilla, 2017. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/64973/TFG%20I%20C%20911IGO%20FERN%20C%2081NDEZ-FIGARES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
99. Rossy, Luis y otros. Cirugía Plástica Periodontal: reporte de un caso clínico. Uruguay, 2016 disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-93392016000100007](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392016000100007)
100. Sanchez, Carlos y otros. Estudio clínico de paciente con periodontitis crónica severa utilizando la técnica de colgajo de widman. Guayaquil.2016 Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18996/1/SANCHEZcarlos.pdf>
101. Rodríguez, Mara y otros. Ferulización con carillas de composite en pacientes con periodontitis moderada y avanzada: estética y función. Casos clínicos. 1ª parte. Cient Dent 2014;4;3:245-249.
102. Martínez, Aurora. Definición de Análisis.España. 2021. Disponible: <https://conceptodefinicion.de/analisis/>
103. Alejandro Rojas, Investigación e Innovación Metodológica., 4 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://investigacionmetodologicaderojas.blogspot.com/2017/09/poblacion-y-muestra.html#:~:text=Ahora%20bien%20se%20define%20que,mano%20de%20la%20situaci%C3%B3n%20problem%C3%A1tica%20>

104. Guerra Jhon y otros. La odontología adhesiva en el paciente periodontal. España, SEPA. 2016. disponible en: [https://www.sepa.es/web\\_update/wp-content/uploads/2017/05/perio\\_5.pdf](https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2017/05/perio_5.pdf)
105. Rotundo, Roberto y otros. Evaluación estética de la sonrisa de la cirugía reconstructiva mucogingival. Estados Unidos 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7790786/>
106. .Fernandez, Maricarmen y otros. Rehabilitación estética con coronas de porcelana y carillas directas de resina en paciente de 23 años de edad con gingivitis. Ecuador. Universidad nacional del Ecuador. 2019. <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/3883/1/T-UIDE-2237.pdf>
107. Oliveira Petereson y otros, Cirugía estética periodontal para mejorar una sonrisa natural: reporte de caso con seguimiento a 2 años, India 24 de julio de 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6961458/>
108. Cedeño, linda y otros. Rehabilitación Oral Integral de un paciente adulto con alto riesgo de caries y periodontitis crónica severa generalizada. Ecuador. 2019 <http://repositorio.sangregorio.edu.ec:8080/bitstream/123456789/1608/1/OD-T1906.pdf>
109. Montoya moises y otros. Tratamiento de defecto óseo vertical con aloinjerto: caso clínico. Mexico. Universidad de baja california. 2018 disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tratamiento-defecto-oseo-vertical-aloinjerto-caso-clinico/>
110. Dra. Natalia Estrada. Universidad de New York. Federación Odontológica Colombiana. 2016. Disponible en: <https://www.clinicaeverest.cl/noticias/disenio-de-sonrisa/>
111. arriba Iria y otros. Periodoncia Y Odontología Restauradora. España, SEPA. 2019. Disponible en: [http://www.sepa.es/web\\_update/wp-content/uploads/2019/01/Revista-Periodoncia-Cli%CC%81nica-N%C2%BA-12.pdf](http://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2019/01/Revista-Periodoncia-Cli%CC%81nica-N%C2%BA-12.pdf)

112. Frazier-Bowers, , E. Orthodontics. Dental Hygiene Concepts, Cases, and Competencies. Mosby, 2008, 699-706. Disponible en: <https://www.colgate.com/es-cl/oral-health/early-orthodontics/diastemas-and-treatment-options>
113. Cuenca, María y otros. Estado periodontal en pacientes portadores de prótesis removible que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca durante el período de Enero a Junio 2015. Ecuador. Universidad de Cuenca.2015. disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24038/1/TESIS.pdf>

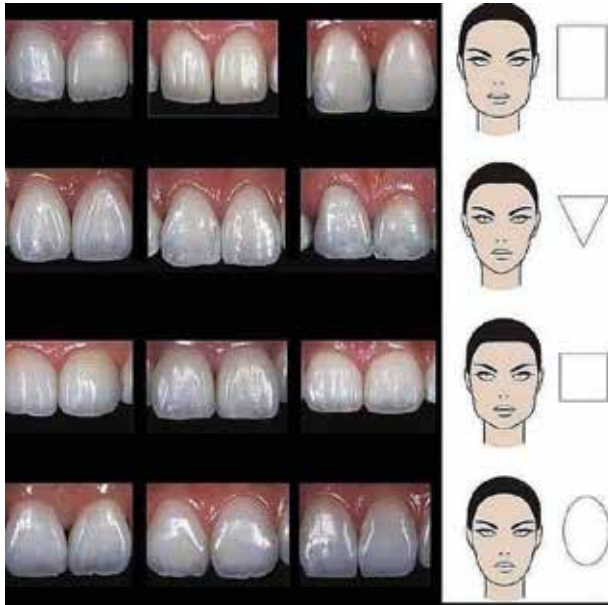
## ANEXOS

**Tabla #2** operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Instrumento
Enfermedad periodontal.	La enfermedad periodontal es considerada una enfermedad infecciosa-inflamatoria, que de acuerdo al grado de compromiso puede llevar a la pérdida total de los tejidos de soporte del diente	Hábitos de higiene oral	Visita al Odontólogo Técnica de cepillado Uso de hilo dental Uso de enjuague bucal	Fichas bibliográficas
		Efectos sobre tejidos periodontales	Periodontitis, Gingivitis Recesión gingival Movilidad	
		Secuelas estéticas-periodontales	Recesión Gingival, troneras Movilidad, diastemas	
Estética Dental.	Una sonrisa agradable y estética es referencia de salud y éxito en la actualidad, lo que influye directamente en las inversiones de la industria odontológica en materiales y técnicas restauradoras estéticas repercutiendo en la actuación profesional clínica	Análisis facial	Perfil normal Perfil convexo Perfil cóncavo	
		Análisis de la sonrisa	Línea media Corredor bucal Línea de la sonrisa	
		Parámetros estéticos.	Labios Tipo de sonrisa Forma de la sonrisa Color Formas dentales	

**Fuente:** Mosquera y Rojas, 2021

**Figura #1.** Forma de los dientes



**Tabla#3** fichas bibliográfica

	<b>Referencia</b>	<b>Resultado</b>	<b>Conclusiones</b>
	103. Santos Felipe y otros. <u>El uso del concepto de diseño de sonrisa digital como herramienta auxiliar en la cirugía plástica periodontal.</u> Estados Unidos. 2017	El DSD permite un plan de tratamiento más completo y se concentra en el desarrollo de las características anatómicas dentro de los parámetros dados. Permite visualizar los resultados del paciente, demostrando la gravedad del caso, estrategias de tratamiento, pronóstico y recomendaciones, facilitando la aceptación o modificación. El objetivo de esta estrategia es la	Las técnicas quirúrgicas son bien aceptadas por los pacientes y son fáciles de realizar para el profesional. Cuando se planifican correctamente, proporcionan las expectativas deseadas. El DSD fue eficiente, facilitando la comunicación entre el paciente y el profesional, proporcionando un fácil manejo y precisión. Por tanto, es fundamental

		discusión del caso con el paciente, que debe realizarse de acuerdo con sus expectativas y la viabilidad de implementación. Se mostró al paciente el plan de tratamiento, que cumplió con sus deseos, fue aprobado y no requirió modificaciones.	demostrar la planificación conteniendo el análisis de la sonrisa y los parámetros periodontales, con la aprobación del paciente para solucionar el problema estético.
2	60 Salama, Mauricio y otros. <u>Uso de fibrina rica en plaquetas en odontología regenerativa: una revisión sistemática.</u> Estados Unidos 2017.	En general, el uso de PRF ha sido más investigado en periodoncia para el tratamiento de defectos intraóseos periodontales y recesiones gingivales, donde la mayoría de los estudios han demostrado resultados favorables en el manejo y reparación de tejidos blandos. Hubo muy pocos o ningún dato disponible que investigara directamente los efectos de la PRF sobre la formación de hueso nuevo en la GBR, los procedimientos de aumento óseo horizontal/vertical, el tratamiento de la periimplantitis y los procedimientos de elevación de los senos nasales. Se demostró que la PRF mejora la generación de tejidos blandos y limita los cambios dimensionales posteriores a la extracción.	Mucha investigación ahora apoya el uso de PRF para la reparación de tejidos blandos y periodontales. A pesar de esto, sigue habiendo una falta de estudios bien realizados que demuestren de manera convincente el papel de la PRF durante la regeneración ósea del tejido duro. Por tanto, siguen siendo necesarios futuros estudios clínicos aleatorizados en humanos que evalúen el uso de PRF en la formación de hueso.

3	16-Sharam, Ena. El papel del injerto de tejido conectivo subepitelial para la reconstrucción de la papila interdental: estudio clínico. Singapur.2017.	El seguimiento posterior al tratamiento muestra resultados estadísticamente significativos desde el inicio hasta los 3 meses y 6 meses.	El presente estudio intentó un solo procedimiento quirúrgico para reconstruir la papila interdental perdida utilizando un injerto de tejido conectivo subepitelial interpuesto en un colgajo coronalmente desplazado en 11 pacientes con recesiones papilares clase II de Tarnow. Al final de los 6 meses, se encontró que los sitios demostraron resultados significativamente superiores según lo determinado por el porcentaje de reducción en el área del triángulo negro tanto clínicamente (60,26%) como en el modelo (54,29%).

4	<p>58 Blanco, Juan y otros. <u>Diagnóstico y tratamiento de la periodontitis estadio II según la nueva clasificación.</u> España. Sociedad Española de Periodoncia 2018.</p>	<p>La Periodontitis Estadio II se caracteriza por una pérdida de inserción no mayor a 5 mm y una pérdida radiográfica que no supere el 30 % de la raíz. Además el paciente no debe presentar ninguna pérdida dentaria asociada con la enfermedad periodontal. es muy prevalente en nuestro entorno. Alrededor de 1 de cada 3 pacientes mayores de 35 años presenta periodontitis estadio II (Además de ser muy prevalente, la literatura ha demostrado que su tratamiento es sencillo y predecible como en el caso mostrado en el presente artículo.</p>	<p>El tratamiento no quirúrgico ha demostrado ser eficaz en la resolución de pacientes con una periodontitis estadio II. Además esta clasificación simplifica la planificación de los tratamientos periodontales permitiendo en los casos de Estadios I y II utilizar tratamiento periodontal no quirúrgicos con excelentes resultados.</p>
5	<p>59 Paez, Melisa y otros. <u>Rehabilitación integral de paciente con afectación periodontal, comprometido Sistemicamente.</u> Ecuador. 2015</p>	<p>La terapia básica periodontal no siempre es suficiente para la remisión total de la enfermedad periodontal, muchas veces se requiere otro tipo de tratamiento complementario, como en este caso. El control de la enfermedad periodontal o su recuperación total no solo depende del trabajo del odontólogo, si no de la adecuada comprensión y decidida colaboración del paciente por lo que es importante presentar un correcto plan de tratamiento que cumpla con los requerimientos no</p>	<p>Se deben establecer parámetros para elaborar protocolos que permitan definir con anterioridad cual o cuales son los tipos de tratamiento requeridos, de acuerdo a cada caso, de manera que se permita cumplir con las necesidades de cada paciente mejorando su estado de salud bucal y por ende evitando complicaciones a su estado sistémico, además de mejorar su calidad de vida.</p>

		solo establecidos por el odontólogo sino también los citados por el paciente de manera que su compromiso sea motivado por su mejora en la autoestima y calidad de vida.	
6	104.Martinez, Rosalia y otros. Cirugía plástica periodontal en coronas clínicamente cortas para rehabilitación protésica. Mexico. Revista mexicana de odontología. 2018.	<p>La posibilidad de trabajar en interconsulta con otras áreas de la odontología permite establecer un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento enfocado a metas en común establecidas por las expectativas del paciente y las áreas odontológicas involucradas. Es necesario, al iniciar cualquier tratamiento, valorar las condiciones periodontales del paciente, ya que la colocación de cualquier restauración que invada el ancho biológico conducirá a la pérdida de inserción si el biotipo gingival es grueso o recesión si es delgado. El alargamiento de corona quirúrgico reduce la exposición gingival y permite la preparación de los tejidos para posteriormente ser rehabilitados obteniendo estabilidad fisiológica y estética, logrando el acceso a márgenes protésicos; manteniendo así, una adecuada</p>	<p>Durante el procedimiento de alargamiento, se logró establecer el nivel del margen gingival de acuerdo a la longitud coronaria deseada, disminuyendo la exposición gingival. Los dientes que requirieron mayor remoción de tejido blando fueron los dos centrales; el lateral derecho no requirió modificar el nivel del margen gingival; el canino derecho requirió modificar el margen 2 mm, mientras que el resto de los dientes sometidos al procedimiento requirieron 1 mm de remoción de tejido blando. La elevación del colgajo de espesor total permitió realizar adecuadamente la cirugía de reducción y remodelación ósea, brindando una arquitectura positiva y manteniendo una distancia de 3mm desde el margen óseo hasta el</p>

		<p>Unidad protésico-periodontal, otorgándole de tal manera al paciente un tratamiento integral que cumpla con sus exigencias a nivel estético y funcional permitiéndole así al profesional de la odontología abordar el caso correctamente sin sacrificar algún aspecto.</p>	<p>margen de la preparación protésica.  A las seis semanas de cicatrización, se observaron buenas características clínicas.  A los catorce meses los tejidos periodontales se aprecian clínicamente sanos, con armonía en el margen gingival y buena adaptación de la prótesis final.  A los 22 meses el margen gingival permaneció estable, manteniendo una adecuada unidad protésico Periodontal</p>
7	<p>105-Guerra Jhon y otros. <u>La odontología adhesiva en el paciente periodontal</u>. España, SEPA.2016.</p>	<p>Se realizaron todas las restauraciones de cerámica feldespática y se cementaron siguiendo un protocolo de cementado adhesivo con aislamiento absoluto, arenando la capa de adhesivo del sellado dentinario inmediato, aplicando un adhesivo de grabado total de tres pasos y usando un cemento de resina fotopolimerizable. Tras retirar el dique se observó una recesión gingival que persistió durante unas semanas a pesar de la precaución tomada en eliminar cualquier resto de adhesivo</p>	<p>Las restauraciones adhesivas en pacientes periodontales son un tratamiento predecible y que pueden mejorar la percepción del tratamiento en general por parte de los pacientes corrigiendo las secuelas estéticas de la enfermedad. Además, la preservación de estructura dental en un paciente que ya ha sufrido la pérdida parcial del tejido de soporte se convierte en un factor importante a la hora de mantener los dientes en el largo plazo. Un tallado</p>

		<p>y cemento que pudiera producir inflamación gingival o trauma. Finalmente, con el tiempo la recesión desapareció y obtuvimos una salud gingival que ha perdurado en el tiempo. De este modo, el resultado satisfizo a nuestra paciente a pesar de una leve fractura del borde incisal de uno de los incisivos centrales que fue reparada.</p>	<p>agresivo conlleva mayor riesgo. Finalmente, un profundo conocimiento del sustrato donde vamos a adherir las restauraciones y de los materiales nos permitirá obtener resultados estables a medio y largo plazo.</p>
8	<p>10-Chambrone, Leandro y otros. Procedimientos periodontales de cobertura de la raíz del tejido blando: una revisión sistemática del Taller de regeneración de la AAP. Estados Unidos. 2015</p>	<p>Todos los procedimientos de RC pueden proporcionar una reducción significativa en la profundidad de la recesión y la ganancia de CAL para defectos de tipo recesión Miller Clase I y II. Los procedimientos basados en injertos de TC subepitelial proporcionaron los mejores resultados para la práctica clínica debido a sus porcentajes superiores de RC media y completa, así como a un aumento significativo de KT.</p>	<p>De los 2.456 ensayos potencialmente elegibles, se incluyeron 234. Datos sobre recesiones gingivales de Clase I, II, III y IV, adhesión histológica lograda después del tratamiento, características anatómicas del lugar del receptor y del donante, resultados relacionados con el tabaquismo, condiciones / biomodificación de la superficie radicular, tipo y ubicación del diente, resultados de efectividad a largo plazo y las condiciones inusuales que pueden informarse</p>

			<p>durante la práctica diaria convencional, y se evaluaron los resultados centrados en el paciente (es decir, estética, escala analógica visual, complicaciones, hipersensibilidad, percepciones de los pacientes). Los procedimientos basados en tejido conectivo subepitelial (TC) y el colgajo avanzado coronalmente más injertos de matriz dérmica acelular, derivado de matriz de esmalte o matriz de colágeno produjeron las mejores mejoras en la profundidad de recesión, la ganancia del nivel de inserción clínica (CAL) y el tejido queratinizado (KT).</p>
9	<p>106-Rotundo, Roberto y otros. Evaluación estética de la sonrisa de la cirugía reconstructiva mucogingival. Estados Unidos 2020.</p>	<p>Teniendo en cuenta los resultados estéticos <i>objetivos</i> registrados mediante SEI, al inicio del estudio los valores fueron <math>8,1 \pm 1,0</math> y <math>7,9 \pm 0,7</math> para el grupo de prueba y control, respectivamente. La diferencia entre el inicio y el final del seguimiento (1 año) fue de <math>0,7 \pm 0,5</math> para el</p>	<p>El objetivo del presente análisis fue evaluar el impacto estético objetivo en las sonrisas de los pacientes tratados con 2 procedimientos de cobertura radicular diferentes (CAF con o sin el complemento de un CMX) utilizando SEI y</p>

		<p>grupo de prueba y <math>0,3 \pm 0,5</math> para el grupo de control, con una diferencia entre los grupos de 0,4 (95% CI - 0,0 a 0,8, <i>p</i></p> <p>Teniendo en cuenta los resultados estéticos <i>subjetivos</i> registrados mediante EVA, los resultados del estudio anterior mostraron un valor medio de <math>9,3 \pm 1,0</math> para el grupo de prueba y un valor medio de <math>8,8 \pm 2,0</math> para el grupo de control. Solo un paciente perteneciente al grupo CAF no estuvo disponible al año de seguimiento para registrar su satisfacción estética. La diferencia calculada no estadísticamente significativa fue de 0,4 (IC del 95%: 0,9-1,8; <i>P</i> 0,5094).</p>	<p>no se identificaron diferencias entre los 2 grupos (<i>P</i> = 0,0697 ), lo que indica que el uso coadyuvante de un CMX al CAF no puede afectar negativamente la estética de la sonrisa.</p> <p>También desde el punto de vista subjetivo, no se observaron diferencias cuando se utilizó una EVA para calcular el impacto estético de estos 2 abordajes quirúrgicos diferentes para el tratamiento de múltiples recesiones gingivales. En conclusión, a partir de los resultados de la presente investigación, la evaluación estética de la sonrisa subjetiva y objetiva de los pacientes tratados con CAF asociado a una matriz de colágeno xenogénico arrojó resultados similares a los de CAF solo 1 año después de la cirugía.</p>
10	107. Celoria, Antonio, y otros. Aumento gingival en base a ácido hialurónico en	Nuestros casos mostraron resultados satisfactorios junto a un evidente aumento del volumen del tejido en todos los casos tratados,	La imitación de los dientes naturales, tanto en función como en estética, presentan avances importantes, pero la

	defectos perimplantares y periodontales. Ecuador. 2017	restableciendo las condiciones estéticas de los pacientes. Se puede concluir que esta técnica de relleno gingival no quirúrgico puede ser promisorio en la resolución mínimamente invasiva de defectos estéticos periodontales menores, aunque estudios comparativos y secuencias con mayor número de pacientes son necesarios para su indicación adecuada con resultados predecibles permitiéndole así al odontólogo crear un plan de tratamiento abordando los ámbitos estéticos y funcionales previniendo los resultados.	condición de tejidos blandos en la etapa preoperatoria o postoperatoria puede complicar el escenario final. Debido a la pobre vascularización de las papilas dentales y a la pérdida ósea, muchas técnicas quirúrgicas para la reconstrucción papilar presentan un resultado limitado, El uso del ácido hialurónico puede ser una alternativa para el restablecimiento de la papila interdental, siendo un procedimiento eficaz y previsible sin lesiones o injurias importantes a las estructuras vecinas y sin someter al paciente a procedimientos quirúrgicos de larga duración y morbilidad, de esta manera se puede recurrir a tratamientos no quirúrgicos para corregir defectos periodontales procedentes de consecuencias de las enfermedades periodontales devolviendo así estética y funcionalidad, aumentando la calidad de vida.
11	108-Oliveira Petereson y otros, Cirugía estética periodontal para mejorar una sonrisa	Reporte de caso de un paciente con 5-6 mm de exposición gingival que se sometió a tratamiento con la	Esta cirugía de estética periodontal, que comprendía el alargamiento de la corona asociado al

	natural: reporte de caso con seguimiento a 2 años, India 24 de julio de 2019.	técnica de reposicionamiento de labios mostró que el resultado fue una reducción de la exposición gingival. A los 3 y 6 meses, la exposición fue de 3 mm; sin embargo, después de 12 meses, hubo una recidiva casi completa, con el retorno del labio superior a su posición anterior a la intervención quirúrgica.	reposicionamiento del labio, es una alternativa interesante y no invasiva para el tratamiento de la exposición excesiva de la sonrisa gingival.
12	64.Arevalo, David y otros, <u>Rehabilitación periodontal de un paciente con Periodontitis agresiva generalizada.</u> Ecuador, Univrnsidad de Guayaquil. 2017	<p>Disminuir la presencia de porcentaje de placa bacteriana. En la primera citase pudo realizar el control de placa bacteriana del paciente, se obtuvo un porcentaje de 89,4%. Y en la quinta y última cita se logró una disminución de más del 50%.</p> <p>- Disminución de los niveles de inflamación y lograr un control de placa adecuado.</p> <p>- Salud periodontal</p> <p>En este estudio uno de los resultados más contundentes fue la obtención de la salud periodontal que motivo al a mejorar su higiene bucal debido a la nueva autopercepción que desarrollo el px que le generaba más confianza y mayor autoestima.</p>	<p>Este estudio revela que la enfermedad periodontal es muy común en nuestro medio, sin embargo la periodontitis es la que más prevalece y esta principalmente asociada a una higiene deficiente que produce formación y acumulación de biofilm. El tratamiento periodontal no quirúrgico en pacientes con periodontitis agresiva generalizada se muestra ideal para obtener un control y evolución positiva de la patología periodontal.</p> <p>El éxito del plan de tratamiento se determinó por disminución de la inflamación, y de los defectos periodontales anatómicos causados por la enfermedad. En la</p>

			reevaluación del paciente al finalizar el tratamiento se observó presencia de tejido sano, tejido que ya no presentaba sangrado y recupero la inserción de estructuras.
13	65. Elgueta Ricardy otros. <u>Membrana de fibrina versus injerto conectivo como tratamiento de recesión gingival.</u> Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. Santiago, Chile. 2017	En ambos sitios intervenidos hubo una disminución de la recesión, pero este cubrimiento radicular fue mayor en el diente donde se usó el ITC. El resultado estético, evaluado mediante el Red Esthetic Score, también tuvo un mejor resultado en la zona donde se usó el ITC. La diferencia a favor de este se determinó al evaluar la posición del margen gingival, donde obtuvo un cubrimiento completo. Color y contorno del margen gingival, textura de los tejidos blandos, alineación de la unión mucogingival y color de la encía obtuvieron resultados similares con ambas técnicas.	El presente caso clínico muestra que el uso de CDC+ITC en una recesión gingival tipo I de Miller resulta ser un tratamiento predecible y de primera elección para la cobertura radicular tanto en función como estética, si se compara con un CDC+L-PRF. El uso de CDC+L-PRF es una técnica que muestra la ventaja de un menor dolor postoperatorio <sup>7</sup> , se evita la intervención de la zona donante y se obtienen valores clínicos aceptables, pero los resultados en nuestro caso clínico no fueron similares al sitio donde se usó un ITC. Si bien hubo un resultado aceptable, son necesarios más estudios para evaluar usos clínicos de la membrana de L-PRF en el tratamiento de cobertura radicular en

			recesiones gingivales.
14	66-Calzavara, Dino y otros. Abordaje apical y punto suspensorio para la reconstrucción de la papila interdental. España. 2016.	A los seis meses de la realización del abordaje mucogingival respetando las papilas y asegurando la posición del colgajo con la sutura suspensoria, se observan resultados favorables en todos los casos. Además, en algunos casos, no sólo se aprecia que esta situación es estable hasta los diecisiete meses, sino que en ese periodo se observa una mejoría de la situación clínica, produciéndose un milímetro más de ganancia de papila. Se aprecia una reconstrucción parcial de la papila en casos en los que ésta se encuentra ausente o con una pérdida severa. Así mismo, se observa un recubrimiento radicular casi completo de las recesiones asociadas a la pérdida de papila. La técnica propuesta en la presente publicación muestra el tratamiento de casos significativamente más comprometidos y con una cicatrización más favorable debido al hecho de que la sutura suspensoria respeta al máximo la	La técnica propuesta es un procedimiento efectivo para la reconstrucción parcial de la papila perdida en casos mucogingivales complejos. Mediante este procedimiento se procede al recubrimiento de la recesión gingival localizada que acompaña al defecto papilar. La ventaja característica de esta técnica es la utilización de una sutura suspensoria que favorece la reposición coronal del complejo colgajo-injerto sin comprometer la integridad de los tejidos a reconstruir y respetando la vascularización de estos.

		integridad de los tejidos en el punto más crítico: la papila reconstruida.	
15	67. CASTELO Stefanía <u>tratamientos periodontales: quirúrgicos y no quirúrgicos</u> Guayaquil, octubre, 2020	Un estudio realizado por (Badanian et al., 2019) sobre patógenos periodontales determinó que la bacteria más destacada en la enfermedad periodontal crónica es la F. nucleatum del complejo naranja de los postulados de Socransky y de igual manera en la periodontitis agresiva mientras que (Camarena & Anaya, 2016) determinó que el periodontopatógeno más encontrado en la periodontitis crónica es la P. gingivalis. (Naranjo & Balseca, 2016) manifiesta en un estudio realizado a 20 pacientes con diagnóstico de periodontitis crónica, a los cuales se los trató con una terapéutica periodontal sin adyuvantes, en donde dieron resultados favorables con respecto a la profundidad de sondaje, sangrado y nivel de inserción.	La enfermedad periodontal se da por múltiples factores, tanto locales como restauraciones mal adaptadas, una mala oclusión, aparatología ortodóntica, apiñamiento dental, entre otros y también por factores sistémicos como enfermedades que predisponen la patología periodontal. Siendo el factor etiológico principal, el biofilm que está conformado por una gran cantidad de microorganismos específicos presentes en el mismo.
16	68-San, Ignacio y otros. Uso de injertos de tejido blando para mejorar los resultados estéticos en restauraciones sobre implantes. España. 2016.	Los implantes dentales han demostrado conseguir resultados favorables a largo plazo desde el punto de vista funcional y estético. Para conseguirlos, parece importante tener en cuenta una serie de factores que	Los itc en implantes se han convertido en una parte importante del trabajo que los clínicos realizan en situaciones de demanda estética y para garantizar un adecuado mantenimiento de los

		<p>van desde una adecuada colocación tridimensional del implante al establecimiento de la anchura biológica. Teniendo estas nociones básicas en cuenta, los ITC pueden ayudar a mejorar la apariencia de la mucosa periimplantaria consiguiendo una mejor integración de los implantes con los tejidos adyacentes.</p>	<p>implantes. Éstos han demostrado mejorar el grosor del tejido y ser capaces de resolver deficiencias del reborde alveolar mejorando la apariencia y la integración de las restauraciones implanto soportadas. Más aún, la mejora en el grosor de la mucosa periimplantaria parece tener un efecto positivo al limitar la remodelación ósea que ocurre tras la colocación del implante.</p>
17	<p>69. SEGURA, Luis: <u>Tratamiento perio-estético en paciente con periodontitis crónica y recesiones clase III de Miller: caso clínico,</u> Madrid, 2018.</p>	<p>Para lograr una adecuada estabilidad y maduración de los tejidos, esperamos cuatro meses desde la cirugía antes de iniciar la fase restauradora. En este punto, observamos un recubrimiento radicular completo sin cicatrices, así como la presencia de un tejido sano y de características favorables. En base al encerado, realizamos un mock-up aditivo de resina autopolimerizable, que nos permitió acordar con la paciente la forma, el tamaño y la posición aproximadas</p>	<p>Las secuelas estéticas de la pérdida de inserción secundaria a las enfermedades periodontales requieren en ocasiones tratamientos combinados para obtener resultados estéticos satisfactorios una vez controlada y mantenida la enfermedad</p>

		de las restauraciones definitivas. Una vez efectuadas las modificaciones pertinentes, realizamos las preparaciones dentarias de 13 a 23 para la colocación de carillas de porcelana feldespática, concluyendo así la fase activa del tratamiento y continuando con el programa de mantenimientos y revaluaciones periódicas.	
18	70. CASTELLAR, Muzzio : <u>Tratamiento estético en el sector anterior con parámetros de proporción aurea.</u> Guayaquil septiembre del 2018.	Lo que se obtuvo con relación a la teoría, al finalizar el caso clínico se logró que el paciente recuperara totalmente su estética aparte de la confianza esto está relacionado con lo descrito cuando se evalúa lo atractivo de la sonrisa de una persona, se considera prudente observar la cara en su totalidad, en comparación con (Kina, 2008) que define que "Una sonrisa agradable puede producir un aura de belleza en la cara haciendo parte de las cualidades y virtudes de la personalidad humana".	Por medio de este caso clínico se logró conseguir con la debida ayuda de los parámetros de estética, recuperar tamaño de las piezas dentarias, color adecuado y morfología junto con armonía y belleza, aparte de mejorar la estética del paciente y la confianza del mismo.
19	71. DÍAZ, Antonio: <u>Cirugía de corrección de márgenes gingivales como</u>	En cualquier plan de tratamiento restaurador se deben considerar la salud periodontal y la estética periodontal. Es decir, se	"la Odontología Estética es el resultado del sinergismo de múltiples disciplinas. Se combina la planificación

	<p><u>tratamiento estético periodontal,</u> Colombia, Junio de 2014 Aprobado diciembre de 2014.</p>	<p>deben evaluar las demandas de los tejidos periodontales con la finalidad de obtener resultados estéticos duraderos. Para el odontólogo, la salud periodontal y la estética son criterios de fundamental importancia para la odontología integral. Todo tratamiento odontológico debe responder a las necesidades y deseos del paciente por lo que debe ser altamente individualizado en relación con las enfermedades que padece</p>	<p>terapéutica con la cooperación del paciente. Incluye la periodoncia, la cirugía bucal, la endodoncia, la ortodoncia, la prótesis y la psicología. La Odontología Estética es la suma de la experiencia dental”. Un principio biológico nos dicta que mientras exista el periodonto, condición sine qua non, el diente sano o rehabilitado podrá funcionar</p>
20	<p>72-Perez, Pablo. Regeneración ósea guiada: indicaciones, contraindicaciones, proceso clínico. Ecuador. Universidad de Guayaquil.2014.</p>	<p>Al terminar el presente trabajo hemos notado que la causas generan perdida dentaria y de espesor óseo no solo están dadas por extracciones dentarias indicadas, sino también accidentes, cirugías maxilofaciales, problemas sistémicos, enfermedad periodontal y cáncer, etc, dando así como resultado una población que necesita reemplazar las piezas dentarias perdidas, no obstante también planteamos que la rehabilitación oral no solo se trata de habilitar piezas que se han perdido sino también el tejido óseo que</p>	<p>La Regeneración Ósea Guiada es un procedimiento que se lo conoce desde hace mucho tiempo, el mismo ha evolucionado con respecto a materiales y procedimientos, actualmente se siguen haciendo estudios para mejorar y brindar mejores materiales para realizarla. Las personas que precisan de este servicio tienen cada vez más cerca profesionales que los brindan gracias a su formación y preparación. El éxito dependerá del material que es usado y también de la salud del paciente en general.</p>

		es tan importante para el soporte de prótesis y el mismo también aporta a la fase estética de procesos restaurativos.	
21	13. Miron Richard y otros. <u>Fibrina inyectable rica en plaquetas (i-PRF): ¿oportunidades en odontología regenerativa?</u> . Estados Unidos. 2017.	<p>La liberación de factores de crecimiento demostró que, en general, el PRP tenía una liberación temprana más alta de factores de crecimiento, mientras que i-PRF mostró niveles significativamente más altos de liberación total a largo plazo de PDGF-AA, PDGF-AB, EGF e IGF-1 después de 10 días. El PRP mostró niveles más altos de TGF-<math>\beta</math>1.</p> <p>Si bien ambas formulaciones exhibieron una alta biocompatibilidad y una mayor migración y proliferación de fibroblastos en comparación con el plástico de cultivo de tejidos de control, i-PRF indujo una migración significativamente más alta mientras que el PRP demostró una proliferación celular significativamente más alta. Además, i-PRF mostró niveles de ARNm significativamente más altos de TGF-<math>\beta</math>1.</p>	i-PRF demostró la capacidad de liberar concentraciones más altas de varios factores de crecimiento e indujo una mayor migración de fibroblastos y expresión de PDGF, TGF- $\beta$ 1. Los hallazgos del presente estudio demuestran que podría obtenerse una formulación potente de concentrados de plaquetas líquidos sin el uso de anticoagulantes.

		PDGF a los 3 días y expresión de colágeno1 a los 3 y 7 días en comparación con PRP.	
22	73. Lavín Irene y otros. <u>Tratamiento Estético mediante Alargamiento Coronario Quirúrgico a propósito de un Caso.</u> España. Universidad Complutense de Madrid. 2018	El tratamiento mediante alargamiento coronario quirúrgico presenta éxito como tratamiento de alteraciones estéticas en el sector anterosuperior. El fracaso del tratamiento coronario quirúrgico radica en la recidiva a nivel de la encía que puede producirse. Para evitarlo, tenemos en cuenta una serie de parámetros clínicos y radiográficos, donde destacan la cantidad de encía queratinizada, la distancia del LAC a la cresta ósea y el biotipo periodontal del paciente. Los autores concluyen que tras la cirugía se produce un crecimiento de encía hacia coronal de unos 3 mm, durante los primeros 3 a 6 meses. La cantidad de hueso, así como su distancia al LAC también juega un papel importante en relación a la posición final del margen gingival. La modificación ósea que realizamos durante la cirugía debe ser estudiada en los tres planos del espacio. Cuando se lleva a cabo el proceso de osteotomía y osteotomía,	Hoy en día la estética es una de las mayores preocupaciones de los pacientes, y el alargamiento coronario quirúrgico supone un tratamiento muy recomendable para conseguirla, además de ser un tratamiento indicado para abordar los efectos negativos que producto de la periodontitis a nivel peridontal. Sin embargo, hay factores que condicionan su éxito, como son la distancia del hueso alveolar al LAC, el biotipo periodontal, la medida de la anchura biológica y la cantidad de encía queratinizada. Para conseguir el mejor resultado en nuestro trabajo, será necesario llevar a cabo una correcta planificación integral del caso, basándonos en pruebas clínicas y radiográficas que nos ayuden a controlar todos

		siempre debemos conseguir una arquitectura ósea positiva, sin comprometer la situación periodontal de los dientes adyacentes.	estos parámetros y nos permitan elegir la técnica quirúrgica más indicada para cada situación.
23	74.Liu, Jin y otros. <u>Regeneración hueso-ligamento-cemento periodontal a través de andamios y células madre.</u> Estados Unidos. MDPI . 2019	Se investigaron cuatro enfoques novedosos para la regeneración periodontal. (1) El alojamiento celular tenía como objetivo evitar los problemas éticos del uso de células madre embrionarias y prevenir el posible rechazo inmunológico en el trasplante de células exógenas. (2) La impresión 3D produjo nuevos andamios de forma más rápida y precisa, con estructuras biomiméticas y composiciones bioactivas adaptadas. (3) La terapia génica podría apuntar con precisión a la regulación del microambiente del defecto para mejorar la regeneración periodontal. (4) Se desarrollaron métodos combinacionales para regenerar la estructura compleja del aparato hueso-PDL-cemento mediante el diseño de células y materiales en capas para regenerar biomiméticamente	Este artículo representa la primera revisión sistemática sobre nuevos desarrollos en la regeneración de los tres tipos de tejidos periodontales y la regeneración simultánea de todo el complejo hueso-PDL-cemento, a través de células madre, impresión 3D, terapia génica y bioestructuras en capas. Actualmente, varios tipos de injertos óseos, como FDBA, DFDBA, Bio-Oss, membrana de colágeno y varios materiales bioimpresos en 3D, han sido aprobados y comercializados para uso clínico en pacientes. El uso de DPSC y varios otros tipos de células madre se encuentran actualmente en la etapa de ensayo clínico. El alojamiento celular, la terapia génica y los materiales en capas para

		las estructuras periodontales de forma completa y sincrónica	la regeneración periodontal aún se encuentran en la etapa de investigación de laboratorio. Estas nuevas investigaciones sobre células madre y nuevos andamios tienen el potencial de mejorar en gran medida la eficacia de la regeneración del cemento, ligamento y hueso periodontal.
24	75-Peña Carlos, Consecuencias periodontales después del tratamiento de ortodoncia en pacientes adultos con apiñamiento severo Revisión bibliográfica, Mexico 2017.	La higiene dental juega un papel importante para así evitar acumulación de la placa bacteriana y que presenten un factor de predisposición al agrandamiento gingival, muchas veces asociada a la pubertad como fue en el presente caso tomando en cuenta que el tratamiento más indicado y efectivo para el agrandamiento gingival es la realización de una gingivectomía, pues luego de este procedimiento, el movimiento dental mejora, logrando así la efectividad del tratamiento.	-Cada caso requiere atención individualizada, diagnóstico interdisciplinario y una planificación terapéutica que cumpla con los objetivos que el mismo demanda para lograr un adecuado tratamiento ortodóntico  -La salud de los tejidos periodontales es primordial en el éxito y predictibilidad del tratamiento de ortodoncia.  -Una evaluación periodontal previa al tratamiento de ortodoncia evita o disminuye las

			probabilidades de secuelas periodontales desencadenadas por los movimientos ortodóncicos.
25	76 Carlos Aguila y otros. regeneración tisular guiada en el tratamiento de la periodontitis crónica. Peru.2017	<p>El control del caso reportado a los 3 meses muestra una mejora notable en el aspecto clínico y radiológico, la movilidad dental ha disminuido a 1 según la escala de Miller, las bolsas periodontales se han reducido de 10mm a 5mm por mesial y de 12mm a 4 mm por distal de la pieza 11, la inflamación de la encía ya no está presente. Se concluye que la regeneración tisular guiada con el uso de una membrana es una buena opción al tratamiento de los defectos óseos verticales presentes en pacientes diagnosticados con periodontitis crónica generalizada y defectos óseos verticales que permitan mejorar el soporte periodontal.</p>	<p>El caso mostrado evidencio una periodontitis cronica moderada con defectos oseos verticales en el sector antero superior, profundidad de sondaje de 10mm y movilidad dentaria de grado uno y dos; el caso fue manejado mediante las tecnicas de regeneracion tisular guiada y un seguimiento clinico de 3 meses .</p> <p>2. Con un control clinico de tres meses la reduccion de la profundidad de sondaje fue buena (de 10mm a 6mm), mas no asi la mejora en la movilidad dentaria. Con mayores controles y con una mayor madurez del tejido óseo en formación es posible encontrar mejoras en la movilidad y una mayor reducción en la</p>

			profundidad de sondaje.
26	77. Brayan Rodríguez, y otros. Eficacia de la tetraciclina como coadyuvante en la terapia De raspado y alisado radicular en paciente con periodontitis Crónica. Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2019.	El estudio de las reseñas e investigaciones mencionadas nos denota una asociación de la tetraciclina en la cicatrización de los tejidos periodontales después de una terapia de raspado y alisado radicular, debido a su potente mecanismo de acción, el cual actúa sobre aquellas bacterias que dan origen a la periodontitis, se dice que este antibiótico no es más que una ayuda para el progreso de la enfermedad periodontal, ya que el resto del progreso lo completa la terapia de raspado y alisado radicular motivo por el cual se eligió esta investigación porque se estudió a fondo los efectos positivos que tiene este antibiótico y por el cual el resultado fue todo un éxito.	El presente estudio sirvió de mucho porque logró aquel objetivo que se planteó en un principio, se determinó su eficacia y devolvió al paciente la salud bucal por la cual el acudió a la consulta. El presente estudio sirvió de mucho porque logró aquel objetivo que se planteó en un principio, se determinó su eficacia y devolvió al paciente la salud bucal por la cual el acudió a la consulta. Por más de que existan otros antibióticos como alternativa para el tratamiento periodontal, la tetraciclina se destaca por su potente mecanismo de acción, debido a su efecto antimicrobiano ya que esta es el resultado de la inhibición de la síntesis proteica de las colagenasas que libran los neutrófilos y los fibroblastos que son aquellos que provocan inflamación gingival.
27	78. Godoy, Claudia y otros, <u>Cirugía plástica periodontal, una realidad asistencial: reporte de casos.</u>	Tanto el uso de injertos conjuntivos así como de sus sustitutos sean xenoinjertos como homoinjertos podrían dar lugar a cambios en el espesor del tejido gingival.	La terapia básica periodontal es muy importante en todo tratamiento de recesiones gingivales. El mantenimiento

	<p>Chile: Universidad de Chile 2014.</p>	<p>En este caso la elección del uso de injerto de tejido conjuntivo dio lugar a cambio de espesor del tejido gingival como cobertura radicular completa a largo plazo, hallazgos descritos en la literatura. No se reportaron complicaciones en ninguno de los sitios quirúrgicos (zona receptora y dadora). La literatura al respecto describe baja incidencia de complicaciones.</p> <p>En este caso se optó por el uso de tejido conjuntivo tomado del paladar por ser el gold standard, por presentar un área donante adecuada y por la propia elección del paciente. El mantenimiento periodontal cada 4 meses ha dado lugar a la constatación de medidas de higiene correctas por parte del paciente así como a la remoción profesional de la placa microbiana lo que ha colaborado en los resultados logrados. Al menos un 70% de la reducción de la recesión puede ser esperada 2 o más años luego del tratamiento.</p>	<p>periodontal es prioritario para todo tratamiento odontológico, evitando así eventos inflamatorios que faciliten la recidiva de la recesión.</p>
--	--	---	--

28	<p>79-Rojas, Mariana. Eficacia de la aplicación complementaria de ácido hialurónico en colgajos coronalmente avanzados en sitios de recesión gingival única de clase I de Miller: un ensayo clínico controlado aleatorizado. Estados Unidos.</p>	<p>Después de 18 meses, RecRed fue estadísticamente significativamente mayor en el grupo de prueba (2,7 mm [1,0]) que en el grupo de control (1,9 mm [1,0]; <math>p = 0,007</math>). Se encontró que la PPD aumentó de forma leve pero estadísticamente significativa en ambos grupos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la ganancia de KT entre tratamientos. El CCR fue del 80% para la prueba y del 33,3% para los sitios de control (<math>p =</math> Se calculó una MRC de <math>93,8 \pm 13,0\%</math> para la prueba y <math>73,1 \pm 20,8\%</math> para los sitios de control (<math>p =</math> El grupo de prueba informó valores más bajos de hinchazón y malestar 7 días después de la cirugía (<math>p = 0,05</math>). No se encontró una diferencia estadísticamente significativa para la intensidad del dolor.</p>	<p>El uso coadyuvante de HA fue eficaz para obtener CCR en sitios de recesión gingival individuales de clase I / RT1 de Miller.</p>
29	<p>80. NARANJO, Andrea  <u>Tratamiento Periodontal No Quirúrgico Con Irrigación Convencional, Clorhexidina Al 0.12% Y Extracto Etanólico De Propóleo Al 20%</u></p>	<p>Los objetivos terapéuticos del tratamiento periodontal han sido la reducción de la inflamación, profundidad de sondaje de la bolsa periodontal y la ganancia de inserción, por lo que el raspado y alisado radicular es el tratamiento gold estándar hasta la fecha. Sin embargo se puede emplear</p>	<p>La técnica de raspado y alisado radicular se puede complementar con irrigación de sustancias a base de propóleo por su favorable biocompatibilidad celular y por no producir efectos adversos, obteniendo buenos resultados para el tratamiento de la</p>

	<u>En Pacientes Con Periodontitis Crónica. Ecuador. Universidad Central Del Ecuador. 2015</u>	sustancias irrigantes como coadyuvantes al tratamiento periodontal. Demostrando que tanto la clorhexidina, como los extractos de propóleo tienen habilidad para inhibir el crecimiento de placa bacteriana. Así mismo se concluyó que el raspado y alisado radicular en conjunto con irrigación de extracto de propóleo da mejores resultados clínicos y microbiológicos al compararlo con el raspado y alisado solo.	inflamación y destrucción de los tejidos de soporte.
30	<u>81. Gonzales, Yaima y otros. Tratamiento de recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo. Cuba. Universidad de Villa Clara. 2018</u>	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.	En la evaluación del resultado de la terapéutica predominaron las categorías de bien y excelente, por lo que se consideró efectivo el tratamiento realizado.
31	<u>82. ARIAS Marian, terapia periodontal básica de paciente con periodontitis cronica localizada, Guayaquil, Junio 2020.</u>	La terapia periodontal inicial o básica de la periodontitis comprende la eliminación de placa subgingival y supragingival, pero el resultado de la terapia va a depender principalmente de la destreza y capacidad del odontólogo para eliminar la placa bacteriana junto con la captación y motivación del paciente para practicar la autolimpieza y cuidados	Se logró eliminar mediante la técnica aplicada los factores que retienen la placa bacteriana, depósitos de cálculos y concientizar al paciente sobre la importancia del uso de complementos de limpieza y de realizar una buena técnica de cepillado diaria y luego de realizar la primera cita se redujo la presencia del

		<p>bucales de manera correcta, tal como se le indica al inicio del tratamiento.</p>	<p>sangrado al sondaje y con el transcurso de la evolución se eliminó la inflamación de los tejidos periodontales. o mediante el raspado, alisado y pulido radicular se consiguió disminuir la profundidad de los surcos presentes en las piezas dentarias.</p>
32	<p>83-Borgues, Socorro y otros. Comparación clínica del uso del colgajo de avance coronal e injerto de tejido conectivo subepitelial con o sin proteínas derivadas de la matriz del esmalte para la cobertura de recesiones gingivales. Mexico.</p>	<p>A los seis meses, clínicamente todas las recesiones gingivales presentaban cobertura con tejido blando con buena mezcla del color con los tejidos circunvecinos. No hubo complicaciones postoperatorias en ninguno de los procedimientos quirúrgicos. Se compararon los promedios de las mediciones al inicio y seis meses después para cada grupo y se encontró que ambos procedimientos, CAC + ITCSE + DME y CAC + ITCSE produjeron una significativa cobertura radicular en promedio, <math>2.83 \pm 1.16</math> mm y <math>2.50 \pm 0.83</math> mm, respectivamente. Es decir, el incremento en milímetros en la cobertura radicular comparando la medición al inicio y después de seis meses mostró ser estadísticamente significativa en los dos métodos.</p>	<p>Los resultados de este caso clínico no muestran que el uso del DME tenga un efecto adicional para lograr mayor cobertura radicular, ni disminución del NIC cuando se aplica al colgajo de avance coronal e injerto de tejido conectivo subepitelial como tratamiento para la cobertura radicular de recesiones múltiples clase I y II de Miller, las otras dos mediciones clínicas tampoco mostraron diferencias significativas.</p>

33	<p>84-Romero Cindy, y otros. Cubrimiento radicular con colgajo posicionado coronal y matriz dérmica acelular en recesiones clase II y III de Miller en paciente con diabetes mellitus tipo II. Reporte de caso. Revista Mexicana de odontología. Mexico. 2019.</p>	<p>Posterior a los tres meses, a los seis meses y al año del tratamiento cuatro de las piezas tratadas lograron un recubrimiento radicular al 100%; sin embargo, dos lograron únicamente 75%. Con la utilización de MDA se obtuvo en promedio un recubrimiento radicular de 2.3 mm por diente al año del tratamiento.</p>	<p>El uso de MDA parece tener resultados prometedores similares a los encontrados con el uso de ITC, sin embargo, es necesaria la realización de estudios a largo plazo donde se valore la estabilidad de los tejidos utilizando MDA. La valoración de la recesión, el fenotipo periodontal, la técnica a utilizar y el estado de salud sistémico del paciente, siempre será importante para tener éxito en el tratamiento.</p>
34	<p>85. Romano, Federica y otros. <u>Un nuevo enfoque sin colgajo versus cirugía mínimamente invasiva en la regeneración periodontal con proteínas derivadas de la matriz del esmalte: un ensayo clínico controlado aleatorizado de 24 meses.</u> Estados Unidos. 2016</p>	<p>Ambas modalidades terapéuticas produjeron una reducción de la profundidad de sondaje (DP) y una ganancia del nivel de inserción clínica (CAL) similares a los 24 meses. En los sitios tratados sin colgajo, se observó una reducción media de PD de <math>3,6 \pm 1,0</math> mm y una ganancia de CAL de <math>3,2 \pm 1,1</math> mm. En el grupo MIST, fueron <math>3,7 \pm 0,6</math> y <math>3,6 \pm 0,9</math> mm. El tiempo de la silla operatoria fue dos veces más largo en el MIST en comparación con el grupo</p>	<p>El procedimiento sin colgajo puede aplicarse con éxito en el tratamiento regenerativo de defectos intraóseos profundos, alcanzando resultados clínicos comparables a los de los abordajes quirúrgicos mínimamente invasivos y puede presentar importantes ventajas en términos de reducción del tiempo operatorio en sillón.</p>

		sin colgajo, mientras que se observaron resultados comparables orientados al paciente.	
35	86-Cardona Paola, relación del ancho biológico antes y después de cirugía de aumento de corona clínica, Colombia 2020.	Finalmente, los datos de la mayoría de los reportes en conjunto con los encontrados en el presente estudio muestran una tendencia de disminución leve del ancho biológico después de la cirugía de aumento de corona clínica. Esta disminución inicial puede deberse a que con la cirugía se obtiene una colocación correcta del margen de las restauraciones sin invadir el ancho biológico y el posible desplazamiento apical del nivel óseo.	El ancho biológico de los pacientes que asisten a la clínica de la Universidad Autónoma de Manizales sometidos a cirugía de aumento de corona clínica disminuyó clínicamente a los tres meses de haber sido intervenidos, con cambios estadísticamente significativos en dientes anteriores. La profundidad al sondaje disminuyó en dientes posteriores a los tres meses de haber sido realizada la cirugía de aumento de corona clínica.
36	87 CAMACHO, Manuel: <u>Consideraciones estéticas en la zona anterior para la recuperación de espacio biológico,</u> universidad de guayaquil facultad de odontología, 2018-2019 Ecuador.	En relación a los parámetros generales sobre el espacio biológico, se puede determinar que el 57,15% de los estudiantes que conforman la muestra tienen conocimiento sobre las medidas anatómicas del espacio biológico. • Sin embargo el 74,67% de los individuos que conforman la muestra contestaron correctamente sobre los elementos anatómicos por los cuales se encuentra formado el	Para realizar la recuperación del espacio biológico, es necesario considerar una serie de criterios como el límite cervical de las restauraciones protésicas, características de la línea de unión preparación-prótesis, dimensiones fisiológicas del periodonto de protección, los períodos de cicatrización luego de la recuperación de espacio biológico, así como las

		<p>espacio biológico, determinando de esta manera que los estudiantes encuestados posee falencias de conocimiento teórico pero dentro de la práctica, son capaces de reconocer los elementos anatómicos mencionados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asimismo, el 81,16% de los estudiantes contestaron correctamente a la incógnita relacionada con los límites de la encía queratinizada y de igual forma el 90,90% de los encuestados, respondieron correctamente a la incógnita relacionada a los biotopos periodontales. Sin embargo a las incógnitas relacionadas con los límites de la línea de sonrisa y cenit gingival, existe un desconocimiento parcial, teniendo en cuenta que a la primera incógnita solo el 57,79% de estos respondieron correctamente y en la segunda incógnita solo el 43,50% respondió de manera correcta.</li> <li>• De acuerdo al criterio del autor, las respuestas de las encuestas fueron tabuladas y agrupadas de acuerdo al número de preguntas que se respondieron de manera correcta, identificando que, de manera general el 48,70% de los estudiantes encuestados posee un nivel de conocimiento bueno y</li> </ul>	<p>proporciones áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los resultados obtenidos de las encuestas demuestran el nivel de desconocimiento que poseen los estudiantes de la carrera de odontología, teniendo así que solo el 17,53% posee un nivel de conocimiento excelente al contestar correctamente el formato de encuestas.</li> </ul>
--	--	--	---

		solo un 17,53% tiene un nivel de conocimientos excelente a las incógnitas planteadas.	
37	88. Meizi, Eliezer y otros. <u>Ácido hialurónico como coadyuvante de la terapia periodontal quirúrgica y no quirúrgica: una revisión sistemática y un metanálisis.</u> Estados Unidos. 2018	Se incluyeron 13 ECA: 11 sobre tratamiento periodontal no quirúrgico y dos sobre tratamiento periodontal quirúrgico. El análisis general de la reducción de la EP, la ganancia de CAL y la reducción de la BOP en el tratamiento no quirúrgico con HA adyuvante presentó una DMP de - 0,36 mm (IC del 95%: - 0,54 a - 0,19 mm; p <0,0001), 0,73 mm (IC del 95%: 0,28 a 1,17 mm; p <0,0001) y - 15% (IC 95% - 22 a - 8%; p <0,001) respectivamente, favoreciendo la aplicación de HA. El análisis general de la ganancia de PD y CAL en la terapia quirúrgica con HA adyuvante presentó DMP de - 0,89 mm (IC del 95%: - 1,42 a - 0,36 mm; p <0,0001) para la reducción de la EP y 0,85 mm (IC del 95%: 0,08 a 1,62 mm; p <0,0001) para la ganancia de CAL a los 6-24 meses favoreciendo el tratamiento con HA.	Dentro de sus límites, los datos actuales indican que la aplicación tópica de HA puede conducir a beneficios clínicos adicionales cuando se usa como coadyuvante de la terapia periodontal quirúrgica y no quirúrgica. Sin embargo, debido al alto riesgo de sesgo y la heterogeneidad, se necesitan más ECA bien diseñados para evaluar este material en diversos escenarios clínicos.

38	<p>89. Vives, Soler y otros. <u>Efecto de los probióticos como complemento de la terapia periodontal no quirúrgica en la periodontitis crónica: una revisión sistemática.</u> Estados Unidos. 2020.</p>	<p>Se incluyeron nueve ensayos. Una síntesis de datos narrativos no dio como resultado una mejora importante de la profundidad general de sondaje de la bolsa, pero las bolsas moderadas de 4 a 6 mm mostraron reducciones mayores en los grupos de estudio, lo que podría disminuir la necesidad de cirugía. Los sitios con sangrado al sondaje y presencia de placa disminuyeron después del tratamiento. Para la mucositis periimplante, hubo una pequeña tendencia a mejores resultados en el grupo de estudio.</p>	<p>Con los datos disponibles, se concluye que los probióticos pueden aportar un beneficio adicional al desbridamiento manual en la periodontitis crónica. Se requieren más estudios sobre la dosis, la vía de administración y las cepas de probióticos utilizados.</p>
39	<p>90. Bascones, Andres y otros <u>Cirugía de Widman modificado.</u> Madrid. 2017</p>	<p>Los resultados obtenidos fueron:</p> <p>En cuanto a la profundidad de sondaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-De 1-3 mm no se observan diferencias estadísticamente significativas entre tratamientos.</li> <li>-De 4-6 mm se observó un incremento de 0,4 mm más de profundidad de sondaje</li> </ul>	<p>Como conclusiones se puede decir que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cuando las bolsas superficiales se trataron con cirugía se produjo una pérdida de inserción significativa mayor que para el RAR.</li> <li>-Cuando las bolsas de 4 a 6 mm se trataron con terapia quirúrgica se observó una menor</li> </ul>

		<p>con las técnicas quirúrgicas con diferencias estadísticamente significativas.</p> <p>-En bolsas &gt; 6 mm el incremento fue de 0,6 mm para las quirúrgicas.</p>	<p>pérdida de inserción que tras el RAR. La disminución de la profundidad de sondaje fue mayor tras la cirugía.</p> <p>-En bolsas profundas (&gt; 6) tratadas con terapia quirúrgica se documentó una mayor ganancia de inserción que tras el RAR. Para la disminución de la profundidad de sondaje, fue mayor tras técnicas quirúrgicas.</p> <p>-No existen datos para evaluar la eficacia del tratamiento según el paciente o los efectos adversos.</p>
40	<p>91.Mailoa, James y otros. <u>Efecto a largo plazo de cuatro terapias periodontales quirúrgicas y una terapia no quirúrgica: una revisión sistemática y un metanálisis.</u> Estados Unidos. 2015</p>	<p>Se incluyeron ocho ensayos clínicos prospectivos en humanos. En DP de 1 a 3 mm, el raspado y alisado radicular (SRP), el colgajo de Widman modificado (MWF) y la cirugía ósea (OS) dieron como resultado una pérdida de CAL del 23,2%, 39,4% y 61,39%, respectivamente; SRP, MWF y OS dieron como resultado un aumento de la PD media de 2,5%, 3,3% y 6,3%, respectivamente. En DP de 4 a 6 mm, SRP, MWF y OS dieron como resultado una ganancia de</p>	<p>La terapia quirúrgica tuvo una pérdida de CAL significativamente mayor que la terapia no quirúrgica en la EP superficial. En la EP moderada, MWF tuvo una reducción significativamente mayor de la EP que la SRP, y hubo una ganancia de CAL significativamente menor con la terapia quirúrgica. En la EP profunda, la SG tuvo una reducción de la EP</p>

		<p>CAL del 8,4%, 6,5% y 5,22%, respectivamente; SRP, MWF y OS dieron como resultado una reducción de PD del 18,7%, 25,4% y 30,8%, respectivamente. En OS dieron como resultado una ganancia de CAL del 9,8%, 14,2% y 9,38%, respectivamente; SRP, MWF y OS dieron como resultado una reducción media de la EP del 21,6%, 33,1% y 42,8%, respectivamente.</p>	<p>significativamente mayor que la SRP.</p>
41	<p>93. Perez, Ricardo y otros. <u>Cirugía plástica periodontal en dientes del sector anterior. Avances en Periodoncia.</u> España. 2020</p>	<p>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. 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. Existen diversas técnicas que pueden solventar estos problemas y su elección dependerá de la alteración y las necesidades del paciente en cada caso.</p>	<p>La mayor de parte de las referencias que tenemos en esta área se basa en opiniones clínicas y series de casos aisladas, además hay que tener en cuenta que todas las técnicas están condicionadas en gran parte por la habilidad del operador y de los cuidados por parte del propio paciente. Estos dos aspectos así como un buen diagnóstico de la etiología, posibilidades quirúrgicas y pronóstico son esenciales para obtener un buen resultado funcional y estético, satisfaciendo la demanda del paciente a largo plazo.</p>

42	<p>94. MENCÍAS, Genesis.  <u>Tratamiento clínico de recesión gingival localizada en un paciente con periodontitis crónica. Reporte de un caso.</u> Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2016</p>	<p>La recesión gingival es uno de los problemas más comunes que acompañan la enfermedad periodontal, e incluso puede darse sin presencia de esta, por un sin número de factores como son: edad, técnica de cepillado, hábitos, mal posiciones, etc. Afecta del 88 al 100% de las personas mayores de 65 años, y al 50% de las personas de entre 18 y 64 años de edad.</p>	<p>Las recesiones o retracciones gingivales son muy comunes y se clasifican de acuerdo al nivel de pérdida de tejido gingival en relación a la unión cemento esmalte. La clasificación utilizada actualmente es la de Miller, la misma que se divide en cuatro niveles de recesión gingival. Actualmente existen numerosas técnicas quirúrgicas mucogingivales para lograr el recubrimiento radicular, para elegir la técnica adecuada para cada paciente es necesario conocer no solo el tipo de recesión sino también los factores por los que se ha presentado la misma.</p>
43	<p>95. Han Zhao.  <u>Aplicación subgingival complementaria del gel de clorhexidina en el tratamiento periodontal no quirúrgico de la periodontitis crónica: revisión sistemática y metanálisis.</u> China. 2020</p>	<p>Se incluyeron diecisiete estudios para el análisis cualitativo y siete estudios para el análisis cuantitativo (cuatro estudios para la aplicación de gel CHX adjunto a SRP en sitios seleccionados con al menos 4 mm y tres estudios para comparar la desinfección bucal completa (FA) con uso subgingival de gel CHX y raspado de boca completa</p>	<p>La administración subgingival adjunta de gel XAN-CHX en sitios seleccionados individuales en NSPT parece proporcionar leves beneficios en la reducción de PPD en comparación con NSPT solo para CP. Debido a la falta de estudios de alta calidad, se necesitan más</p>

		<p>y alisado radicular (FMSRP). Para los subgrupos, se analizaron los resultados clínicos entre el uso adyuvante de gel CHX a base de xantano (gel XAN-CHX) y gel CHX. Los resultados indicaron una mejora significativa de Reducción de PPD después de la administración adyuvante local de gel XAN-CHX para SRP en sitios seleccionados (DM: 0,15 mm). Sin embargo, no se encontraron diferencias en la ganancia de CAL. Además, no se observaron diferencias significativas en PPD y CAL a los 3 y 6 meses postratamiento entre FA y FMSRP</p>	<p>estudios con tamaños de muestra más grandes y estándares estrictos para confirmar las conclusiones.</p>
44	<p>96. Noria Luis y otros. <u>Enjuague bucal con clorhexidina como complemento de la terapia mecánica en la periodontitis crónica: un metaanálisis.</u> Estados Unidos. 2017</p>	<p>La búsqueda bibliográfica dio como resultado 8 artículos, cuya calidad fue evaluada por los autores. Después de probar la heterogeneidad, los autores realizaron un metanálisis solo en el grupo de SRP con 4 a 6 visitas. Los resultados fueron positivos tanto para PD como para CAL con el uso de CHX. Sin embargo, la medida de resumen fue significativa (<math>p &lt; 0,05</math>) solo para la EP a los 40 a 60 días (0,33 milímetros; intervalo</p>	<p>El uso adjunto de enjuague bucal CHX con SRP mecánico resultó en una reducción de la PD ligeramente mayor que la SRP sola. Los médicos deben considerar la pequeña ganancia adicional en la reducción de la EP, el efecto insignificante en CAL y la posibilidad de que se manchen los dientes cuando se usa CHX como complemento de la SRP en el tratamiento de la</p>

		de confianza del 95%, 0,08 a 0,58 mm) y 180 días (0,24 mm; intervalo de confianza al 95%, 0,02 a 0,47 mm) de seguimiento, mostrando resultados positivos para el uso de CHX en esos momentos.	periodontitis crónica.
45	97. Yañez, Raquel <u>Tratamiento de periodontitis agresiva localizada con plasma rico en plaquetas y aloinjerto óseo. Un caso clínico.</u> Mexico.2015	Los resultados de la valoración clínica a los seis meses nos muestran condiciones compatibles con salud en cuanto al color, forma, consistencia, textura y sangrado al sondeo, manteniéndolos a lo largo de 12 meses.	El clínico de hoy entiende cada vez más la necesidad de tomar decisiones basadas en la evidencia científica y no en relación con las recomendaciones y alternativas de tratamiento que existen en la industria dental. El PRP parece aumentar la velocidad del proceso de cicatrización ya que biológicamente es posible que una concentración más alta de plaquetas pueda ayudar en la cicatrización de heridas debido a la mayor concentración de plaquetas e iniciar una respuesta celular más rápida que el coágulo sanguíneo normal.
46	98 Fernández Iñigo <u>tratamiento del triángulo negro interdental con</u>	Se estudian cinco mujeres con 47 años de media, una aplicación en cada una de ellas con 1,2 mL de	1. Ante la aparición del triángulo negro interdental, es muy importante reconformar

	<p>ácido hialurónico. Sevilla, 2017.</p>	<p>preparación de HA, un seguimiento de 69 meses y la mejora del triángulo negro de 2,8 mm, 2,0mm, 3,2mm, 1,7mm y 1,6 mm respectivamente. Todos los estudios expuestos demuestran que el ácido hialurónico tiene en la mayoría de los casos una tasa de éxito elevada y frecuente en la conformación de la papila interdental, aunque el resultado de aumento es variable en el paciente, sin regir una norma o variable fija</p>	<p>la papila interdental no sólo por su función estética, sino por sus funciones mecánicas de ocupación del espacio interdental evitando la acumulación de restos de alimentos y como barrera biológica protegiendo el tejido periodontal profundo (encía adherida y tejido óseo).</p> <p>2. El ácido hialurónico utilizado para el tratamiento del triángulo negro interdental está indicado al ser biocompatible con nuestro organismo, y presenta un gran abanico de propiedades beneficiosas tanto en la papila como en muchas otras indicaciones.</p>
47	<p>110.Montoya moises y otros. <u>Tratamiento de defecto óseo vertical con aloinjerto: caso clínico.</u> Mexico. Universidad de baja california. 2018</p>	<p>A los 30 días se realizó control y revisión periodontal. A su vez se tomó una radiografía, observando la presencia del aloinjerto y un relleno del defecto vertical</p>	<p>En el caso clínico que presentaba un defecto óseo vertical causado por periodontitis crónica localizada, fue posible observar radiográficamente la capacidad de relleno del aloinjerto liofilizado mineralizado, por lo que se considera una buena alternativa para este tipo</p>

			de lesiones que se presentan frecuentemente en la terapia periodontal.
48	100.Rossy, Luis y otros. <u>Cirugía Plástica Periodontal: reporte de un caso clínico.</u> Uruguay, 2016	En este caso la elección del uso de injerto de tejido conjuntivo dio lugar a cambio de espesor del tejido gingival como cobertura radicular completa a largo plazo, hallazgos descriptos en la literatura. A los dos años del tratamiento se observa una estabilidad y espesor gingival muy aceptables lo que demuestra la correcta higiene del sector y la estabilidad tisular gingival lograda con el injerto. No se reportaron complicaciones en ninguno de los sitios quirúrgicos (zona receptora y dadora).	Se puede concluir, con esta revisión de la literatura, que la interrelación entre odontología y periodoncia se utiliza en situaciones que combinan estética y función. Ideal para preparación preparación, acabado y limpieza que el posicionamiento de las restauraciones sea nivel supragingival. Sin embargo, hay situaciones en las que se necesitan procedimientos procedimientos quirúrgicos para la recuperación del espacio biológico, cuando es invadido, o para evitar que esto suceda, o procedimientos quirúrgicos periodontales para mejorar la contorno gingival o aumentar la corona clínica. Para eso, podemos hacer uso de procedimientos con o sin osteotomía, todos ellos con indicaciones específicas, debiendo conocer las limitaciones, indicaciones y contraindicaciones de cada técnica.

49	<p>101. Sanchez, Carlos y otros. <u>Estudio clínico de paciente con periodontitis crónica severa utilizando la técnica de colgajo de widman.</u> Guayaquil.2016</p>	<p>Los resultados de este trabajo demuestran que la técnica de Widman es un procedimiento que va a lograr buenos resultados en tratamiento de periodontitis crónicas severas, ya que:</p> <p>-La mayoría de las piezas dentarias al ser examinadas después de aproximadamente de dos semanas mostraron valores de sondaje de al menos 1 mm menos de cuando se realizó el sondaje inicial, es decir reducción de la profundidad de sondaje. -Se pudo observar una mejoría en la disminución de la inflamación gingival. Al realizar una comparación de los resultados de este estudio con estudios parecidos se ha determinado que la técnica de Widman va a conseguir grandes resultados en casos de periodontitis crónica severa.</p> <p>-Se pudo observar una mejoría en la disminución de la inflamación gingival.</p>	<p>La técnica de Widman en tratamientos de periodontitis crónicas severas es efectiva ya que: va reducir considerablemente la profundidad de la bolsa, va a permitir un excelente acceso para su desbridamiento y el tratamiento de la raíz, para luego favorecer gracias a su diseño que pretende la cicatrización por primera intención a nivel interdentario, las posibilidades reparadoras de los tejidos periodontales.</p>
50	<p>102. Rodríguez, Mara y otros. <u>Ferulización con carillas de composite en</u></p>	<p>La paciente comenta que está muy cómoda, no nota movilidad ni las incómodas retenciones de comida, se puede limpiar mejor porque</p>	<p>Esta técnica minimiza los pasos a la hora de realizar tratamientos estético-funcionales en pacientes con diastemas, poco</p>

	<p><u>pacientes con periodontitis moderada y avanzada: estética y función. Casos<sup>100</sup> clínicos. 1ª parte.</u> España. 2014</p>	<p>la zona está más acotada y estéticamente está encantada. Se valora nuevamente la oclusión, se vuelve a pulir con discos y el kit de pulido.</p>	<p>soporte óseo y movilidad dental. En lugar de hacer carillas independientes y luego ferulizarlas, se pueden realizar ambos actos en uno. En cualquier caso, si viéramos que la ferulización se fractura en reiteradas ocasiones, siempre se puede volver a la técnica convencional.</p>
--	---	--	---

**Fuente:** Mosquera y Rojas, 2021.

