



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**APLICACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA PERIODONTAL CON
TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL PARA EL TRATAMIENTO DE
PACIENTES CON RECESIÓN GINGIVAL
UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ**

Autor(es): Andreina C. Valero Suarez
María A. Omaña García

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (máster) – Fax: (0241) 8712394



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA: ODONTOLOGÍA



**APLICACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA PERIODONTAL CON
TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL PARA EL TRATAMIENTO DE
PACIENTES CON RECESIÓN GINGIVAL
UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ**

Trabajo de grado para optar al título de ODONTÓLOGO

Autor(es): Andreina C. Valero Suarez
María A. Omaña García

Tutor(a): Rodrigo Pino

San Diego, Julio 2020



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



**APLICACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA PERIODONTAL CON
TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL PARA EL TRATAMIENTO DE
PACIENTES CON RECESIÓN GINGIVAL
UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ**

ESTUDIANTES

1.24.820.168 Andreina Carolina Valero Suarez

2.26.403.091 María Alejandra Omaña García

Tutor Propuesto: Rodrigo Pino Firma:

Cédula de Identidad N° 17.399.344

COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

Firma

Sello

Fecha



ACEPTACIÓN DEL TUTOR



Quien suscribe, Rodrigo Pino, portador (a) de la Cedula de Identidad N° 17.399.344, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) Andreina Valero , portador(a) de la Cedula de Identidad N° 24.820.168 y el(la) ciudadano(a) María Omaña , portador(a) de la Cedula de Identidad N° 26.403.091, titulado: **APLICACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA PERIODONTAL CON TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON RECESIÓN GINGIVAL UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ** 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 ___ días del mes de ___ del año dos mil dieciséis.

(Firma autógrafa)

Nombres y apellidos

C.I. _____



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



San Diego, 05 de Marzo 2020

ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado: **EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA PERIODONTAL CON TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON RECESIÓN GINGIVAL EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ EN EL PERIODO E NERO-MARZO 2020** ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Rodrigo Pino
Nombre Tutor Académico

Firma

05/03/2020
Fecha



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 **Informe Final de Trabajo de Grado** titulado: “**APICACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA PERIODONTAL CON TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON RECESIÓN GINGIVAL UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ**” Realizado por el (la) Br. Andreina Carolina Valero C.I. N° V-24.820.168, cursante de la carrera Odontología hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que el Trabajo de Grado ha obtenido la calificación de:

APROBADO

NO APROBADO

El Jurado

Tutor Académico (Coordinador)
Nombre:
C.I.:

Jurado
Nombre:
C.I.:

Jurado
Nombre:
C.I.:

Fecha: / /



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 **Informe Final de Trabajo de Grado** titulado: **“APICACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA PERIODONTAL CON TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON RECESIÓN GINGIVAL UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ”** Realizado por el (la) Br. María Alejandra Omaña C.I. N° V-26.403.091, cursante de la carrera Odontología hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que el Trabajo de Grado ha obtenido la calificación de:

APROBADO

NO APROBADO

El Jurado

Tutor Académico (Coordinador)
Nombre:
C.I.:

Jurado
Nombre:
C.I.:

Jurado
Nombre:
C.I.:

Fecha: / /

DEDICATORIA

A nuestros padres por habernos forjado como la persona que somos en la actualidad, muchos de nuestros logros se los debemos a ustedes entre esos incluye este. Nos formaron con reglas y algunas libertades pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis sueños y seguir adelante.

¡Gracias esto es para ustedes!

Andreina Valero y María Omaña

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Dios por darme la vida, por darme todo lo que tengo, salud, fortaleza y las ganas para avanzar cada día.

Agradezco profundamente a mis padres Luis Omaña y Nora García quienes son mi apoyo incondicional durante toda mi vida, especialmente en estos años de carrera, por ustedes soy quien soy y estoy donde estoy hoy. Son mi mayor bendición, gracias por ayudarme a crecer, equivocarme y aprender. De igual manera a mi hermano Carlos Alberto, quien a pesar de la distancia siempre ha estado presente para mí y ha sido un gran ejemplo a seguir que me motiva a ser mejor. ¡Ustedes son mi mayor motor!

Agradezco a mis familiares Patricia García, Jorge Morales, Nelly García, Paola Morales, Sandra García y Daniel Morales por creer en mí, por darme su amor y su apoyo de mil maneras; por colocar un poquito de cada uno para hacer esto posible.

Agradezco a mi compañero de vida Luis Horacio Bastidas por su gran compañía, por la tolerancia, la paciencia, por el apoyo, por recordarme cada día durante estos últimos semestres que puedo lograr aquello que me proponga; gracias por tu amor y por impulsarme, por estar junto a mí en los momentos buenos y no tan buenos.

Agradezco a mis compañeras de hogar por hacerme sentir como en casa Angélica Cavallin y Ariana Villamizar, a mis amigos en la distancia que a pesar de la misma sé que cuento con ellos siempre. Así como a mis compañeros que durante la carrera se convirtieron en mis amigos, gracias por estar ahí Amjely Ochoa, Victor Gómez, Phebbles Gonzales, Rubén De Andrade, José Piña, Ahmad Awada, María José Casique y especialmente a mi compañera de tesis Andreina Valero por compartir conmigo durante este proceso.

Agradezco a mi casa de estudio por brindarme tantas oportunidades y enriquecerme con tantos conocimientos, por convertirme en un profesional.

“Todos tus sueños se pueden volver realidad si tienes el coraje de perseguirlos”

María Alejandra Omaña

Primero que todo agradezco a Dios por haberme guiado en cada uno de mis pasos y por darme la perseverancia para alcanzar esta meta, porque me permitió continuar con salud fuerzas empeño y amor en todo momento.

Gracias a mis padres Nelson Valero y Judith Suarez por ser mi motor y mi apoyo por darme la oportunidad de lograr mis sueños, por confiar y creer en mí. Por siempre escucharme y acompañarme en todo momento, gracias por sus consejos y sus palabras que me guiaron durante todo este recorrido. Y sobre todo por su entrega y amor tan grande y sincero. Son un gran ejemplo en mi vida de honestidad y trabajo, les debo toda la dedicación, compromiso, cariño y la comprensión.

A mis abuelos y mi hermano que están en el cielo porque han sido mis ángeles y siempre me han protegido porque me enseñaron a tener fe amor pasión y a luchar por cada una de mis metas. Son mi inspiración.

A mis hermanas Ada Espinoza y Dorinel Valero porque siempre han estado presente porque sus consejos su cariño y su apoyo incondicional desde la distancia fueron fundamentales para mí. A mi sobrina Mía Valentina por su amor que me inspira siempre a seguir adelante.

A mis compañeros de estudio y amigos más sinceros porque en ellos encontré a mi segunda familia son mis hermanos de corazón. Porque estuvieron durante toda o la mayor parte de este proceso, fueron una mano derecha en los buenos momentos y en los más difíciles. Conocerlos fue una bendición y un gran apoyo que me motivaron y me enriquecieron como persona, me hicieron crecer tanto en lo personal como en lo profesional.

A mi compañera de tesis por cada momento compartido por su constante apoyo aliento y constancia que siempre me brindo para concluir con éxito esta meta. Quiero expresar mi gratitud a la Universidad José Antonio Páez por abrirme las puertas y permitirme formarme en ella y ser mi segundo hogar y a sus profesores por haberme enseñado tantas cosas por compartirme su conocimiento y sabiduría.

Finalmente a nuestro tutor Rodrigo Pino por habernos aceptado por su asesoramiento y contribución con la culminación de este proyecto.

Andreina Valero

INDICE

PP

Paginas preliminares	
RESUMEN INFORMATIVO	xiii-xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO	
I EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema.....	5
Formulación del Problema.....	9
Objetivos de la Investigación.....	
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos.....	9
Justificación de la Investigación.....	10
Alcance y delimitación de la investigación.....	13
II MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de la Investigación.....	14
Bases Teóricas.....	17
Antecedentes Legales de la Investigación.....	27
Definición de términos básicos.....	27
MARCO METODOLÓGICO	
Tipo de Investigación.....	29
Diseño de Investigación.....	29
Población y Muestra.....	30
Técnicas de Recolección de Datos.....	31
ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	
Presentación de Resultados.....	34
Conclusiones.....	49
Recomendaciones.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	60
A. Sistema de Operacionalización de Variables.....	61
B. Historia Clínica.....	64
C. Guía de Observación.....	71

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Ilustración de las partes de la encía y su unión dentogingival.....	18
FIGURA 2. Esquema para el tratamiento de enfermedades gingivales y periodontales.....	19

FIGURA 3. Ejemplo de recesión gingival respecto al nivel de la Unión Cemento Esmalte (UCE).....	20
FIGURA 4. Ejemplo de la clasificación de las recesiones gingivales según MILLER	22
FIGURA 5. Ejemplo de recesión gingival.....	24
FIGURA 6. Ejemplo de levantamiento de colgajo en una cirugía mucogingival.....	27
FIGURA 7. Registro fotográfico extra oral pre operatorio.....	37
FIGURA 8. Registro fotográfico de perfil extra bucal preoperatorio.....	37
FIGURA 9. Registro fotográfico intra bucal preoperatorio. Vista superior central. Fuente: Historias Clínica Área de Clínica Integral de la Ujap (2020).....	38
FIGURA 10. Registro fotográfico intra bucal preoperatorio. Vista lateral. Fuente: Historias Clínica Área de Clínica Integral de la Ujap (2020).....	38
FIGURA 11. Exámenes pre operatorios.....	39
FIGURA 12. Exámenes pre operatorios.....	39
FIGURA 13. Exámenes pre operatorios.....	39
FIGURA 14. Aplicación de anestesia local.....	42
FIGURA 15. Incisión de paladar.....	43
FIGURA 16. Extracción del tejido conectivo del paladar.....	43
FIGURA 17. Sutura de la encía.....	44
FIGURA 18. Sutura del paladar.....	44
FIGURA 19. Evaluación Post operatoria a los 7 días.....	46
FIGURA 20. Evaluación Post operatoria a 1 mes.....	46
FIGURA 21. Evaluación Post operatoria a los 2 mes.....	47



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



APLICACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA PERIODONTAL CON TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON RECESIÓN GINGIVAL

Autoras: María A. Omaña. Andreina Valero.

Tutor: Od. Rodrigo Pino.

Asesor: Prof. Ángel Fernández.

Fecha: Julio 2020.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad periodontal es la segunda causa de asistencia al odontólogo luego de la caries dental; es importante afirmar que la enfermedad periodontal constituye cualquier alteración del estado de salud de los tejidos que rodean al diente. Dentro de las alteraciones se resaltan las recesiones gingivales, estas se refieren a la modificación de la posición de la encía respecto a la unión cemento esmalte. Son de etiología multifactorial pueden producir problemas de sensibilidad dental y defectos estéticos. Dentro de las técnicas descritas para la solución de las recesiones gingivales de este trabajo se hablará sobre la técnica quirúrgica con tejido conectivo subepitelial. **Objetivo General:** Aplicar la técnica quirúrgica periodontal con tejido conectivo subepitelial para el tratamiento de pacientes con recesión gingival en la Universidad José Antonio Páez en el periodo enero-junio 2020. **Metodología:** Se determinó como un proyecto de campo con modalidad de estudio de caso y diseño cuasi experimental. Se seleccionó a un paciente que asistió a la Clínica Integral del Adulto V y se le aplicó observación directa, llenado de historia clínica y se recogieron los datos a través de una hoja de registro. Se realizó la técnica experimental evaluando por medio de una guía de observación. **RESULTADOS:** del manejo clínico aplicado para el tratamiento de la recesión gingival, mediante controles en los cuales se obtuvo un resultado satisfactorio. **CONCLUSIONES:** el uso de tejido conectivo subepitelial es viable para dicho tratamiento; tomando en cuenta todos los aspectos que se deben seguir para la realización de la cirugía.

Palabras claves: Recesión gingival, técnica quirúrgica, tejido conectivo subepitelial.



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



**APLICATION OF PERIODONTAL SURGICAL TECHNIQUE WITH
SUBEPITELIAL CONNECTIVE FABRIC FOR THE TREATMENT OF
PATIENTS WITH GINGIVAL RECESSION AT JOSÉ ANTONIO PÁEZ
UNIVERSITY ON THE PERIOD JANUARY-MARCH 2020**

Authors: María A. Omaña. Andreina Valero.

Tutor: Od. Rodrigo Pino.

Asesor: Prof. Ángel Fernández.

Date: July 2020

ABSTRACT

Introduction: Periodontal disease is the second cause of assistance to the dentist and after dental caries; It is important to affirm that periodontal disease constitutes any alteration of the state of health of the tissues surrounding the tooth. Among the alterations, gingival recessions are highlighted, these are found to the modification of the position of the gum with respect to the enamel cement junction. They are of multifactorial etiology and can cause problems of dental sensitivity and aesthetic defects. Among the techniques described for the solution of gingival recessions in this work, the surgical technique with subepithelial connective tissue is discussed. **General Objective:** Apply the periodontal surgical technique with subepithelial connective tissue for the treatment of patients with gingival recession at the José Antonio Páez University in the period January-June 2020. **Methodology:** It was determined as a field project with a case study modality and quasi-experimental design. A patient who attended the Comprehensive Adult V Clinic can be selected and direct observation, modification of the medical history and recognition of the data through a registration sheet were applied. The experimental technique was carried out evaluating by means of an observation guide. **RESULTS:** the clinical management applied for the treatment of the gingival recession, by means of controls in which a satisfactory result was obtained, **CONCLUDING:** that the use of subepithelial connective tissue is viable for said treatment; taking into account all the aspects that must be followed to carry out the surgery.

Keywords: Gignival recession, surgical technique, subepithelial connective tissue.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la odontología ha avanzado en cada una de sus especialidades teniendo como resultado nuevos tratamientos o soluciones para la recuperación de la salud bucal, entre esos encontramos lo amplio que se ha convertido el campo de la periodoncia, la cual es gran importancia ya que es la base de cada una de las demás áreas; y se ha logrado conseguir excelentes resultados a través del trabajo multidisciplinario con la cirugía bucal. Así mismo, en el presente trabajo se toma como tema principal el tratamiento de recesiones gingivales a pacientes que acuden a la Universidad José Antonio Páez, estas alteraciones son procesos por el que la encía se retrae dejando al descubierto partes del diente que antes estaban ocultas, causando sensibilidad, exposición del órgano dental y en casos graves la pérdida del mismo.

Por ello está basado en la búsqueda de una solución, un tratamiento el cual ayude a estos pacientes a recuperar la integridad bucal; es importante saber que estas recesiones poseen una clasificación según Miller de la cual parte el siguiente paso que serían los tratamientos a realizar, dicha clasificación se encuentra basada en el nivel de posicionamiento de la encía en cuanto a la unión amelocementaria; de allí se buscaran los criterios a evaluar en cada paciente y su selección para la aplicación de la técnica quirúrgica periodontal a utilizar.

Teniendo en cuenta esto, es importante conocer que cuando hablamos de una clase I hacemos referencia a una recesión de los tejidos marginales que no alcanza la línea mucogingival, clase II hace referencia a recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival sin pérdida de inserción periodontal (hueso o tejidos blandos) en el área interdental, clase III recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival con pérdida de la inserción periodontal en el área interdental o mala posición dentaria y clase IV recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival con pérdida severa de hueso o tejido blando en el área interdental y/o severa malposición dental.

La normativa para la elaboración de trabajos de grado de la Universidad José Antonio Páez es la base fundamental de la realización de la investigación, en la cual se expone toda la información necesaria para el correcto desarrollo de la misma y de acuerdo con la normativa esta investigación se divide en cinco capítulos estructurados de la siguiente manera:

Capítulo I: El problema, este se encuentra conformado por el planteamiento de la problemática existente y formulación del problema, donde se identificaran aquellos pacientes y las características que se presentan frente a las recesiones gingivales, continuando con el objetivo general de la investigación y los objetivos de la misma los cuales dan inicio a la investigación, guiando y permitiendo encontrar soluciones a la problemática presente, seguidamente se da la justificación y la limitación que tiene

la investigación que nos estable el alcance de la misma, hasta que punto se puede llegar y con que podemos tratar.

Capítulo II: El marco teórico está encargado de fundamentar la investigación a través de antecedentes relacionados los cuales la validan como lo son estudios experimentales en los cuales se aplican diversas técnicas para el tratamiento de las recesiones gingivales, como se deben clasificar las mismas, entre otros aspectos; seguido de bases teóricas y términos básicos donde se dan a conocer más a fondo los temas relacionados con la investigación.

Capítulo III: El marco metodológico donde se encuentra definición metodológica del nivel, tipo y diseño de la investigación, junto con la población, muestra y técnicas e instrumentos necesarios para el desarrollo de la investigación; donde se comprende una investigación experimental tipo estudio de caso clínico.

Capítulo IV: Análisis de resultados, donde se encuentra cada uno de los resultados del proceso que se ha llevado a cabo sustentado con imágenes y diversos datos que lo soportan, seguidos a la aplicación de la técnica quirúrgica periodontal, así que se presentan los pasos pre operatorios como lo son el llenado de historia clínica, hematología completa, análisis de las características que presenta el paciente para así proceder al tratamiento quirúrgico periodontal. Así, se establecen los pasos quirúrgicos y la evaluación post operatoria del paciente; finalizando con la descripción del caso y hallazgos del mismo.

Capítulo V: Conclusiones del estudio posterior al análisis y discusión de los resultados, las cuales son elaboradas según los objetivos establecidos durante el

capítulo I de este trabajo; cerciorándose o aclarando el cumplimiento de los mismos.
En conjunto con algunas recomendaciones que se deben tomar en cuenta dirigida a los estudiantes de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Para comprender la gravedad y la necesidad de solventar la problemática que trae la recesión gingival, es importante comprender el papel del periodonto el cual se denomina como tejido de soporte del diente conformado por cuatro elementos principalmente: encía, ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar los cuales dan la inserción dental de manera conjunta (1). Las tres se originan de la capa celular interna del saco dentario, al mismo tiempo que se forma la raíz del diente. Considerando que cada uno de estos elementos están formados por tejidos, el cemento es tejido conectivo mineralizado, el ligamento periodontal es tejido conectivo fibroso, el hueso alveolar es tejido óseo y la encía tejido conectivo denso, de cierta forma microscópicamente relacionados entre sí (2).

De esta manera, tomando en cuenta que cada uno de estos elementos posee alguna relación en cuanto al tipo de tejido que los compone se puede definir el tejido conectivo como aquel que está encargado de la unión y conexión de diversos tejidos, sirve de soporte a diferentes estructuras, es un tejido conformado por células como, sustancia intercelular, fibras, vasos sanguíneos, nervios y linfáticos; teniendo entonces como función principal brindar sostén mecánico a otros tejidos y colaboran a la irrigación de los mismos (3). Tomando en cuenta esto podemos comprender que dicho tejido es utilizado en técnicas odontológicas para recuperar la integridad bucal

y periodontal, ya que es un tejido que permitirá una correcta vascularización por parte del lecho receptor.

En consecuencia, es relevante tomar en cuenta que la encía reviste las apófisis de los maxilares y rodea el cuello de los dientes, está constituida por un núcleo central de tejido conectivo cubierto por epitelio escamoso estratificado y se divide en marginal, insertada e interdental teniendo como función principal proteger las estructuras profundas y permitir un intercambio selectivo con el medio bucal (1). Debido a la importante función que realiza dentro de la boca, resulta esencial cuidar la encía debidamente y extremar su higiene para evitar el inicio de una enfermedad periodontal como la gingivitis. En caso de que la afección no se trate a tiempo y derive en una periodontitis, hay un mayor riesgo de que la persona pierda no solo volumen de masa ósea sino también el propio diente. Por ello, mantener unas encías sanas nos ayudará a tener una óptima salud oral (4).

Con el transcurso del tiempo, las personas pueden tener diversas variaciones o patologías que afectan dicha estructura causando así problemas o incomodidades, entre ellas se pueden destacar las lesiones gingivales definidas como manifestación de múltiples procesos en los cuales la placa no constituye el factor principal. Debido a la importancia que pueden tener algunos de estos procesos y a que las lesiones gingivales pueden ser un signo temprano que puede ayudar a establecer un diagnóstico precoz se debe destacar las diversas alteraciones gingivales. Así como también existen otras lesiones no cariosas donde se ve afectada la encía provocando la migración de la misma.

Las lesiones no cariosas consisten en la pérdida dental patológica de la estructura dentaria localizada en el límite amelocementario que no responde a una etiología bacteriana. Se presentan en una variedad infinita de formas con sensibilidad o sin ella, y pueden llegar a comprometer la pulpa dental (5). La pérdida del esmalte genera la pérdida irreversible de tejidos duros en la superficie externa del diente y engloba diferentes lesiones y la consecuente retracción gingival puede afectar la estética y causar incomodidades al paciente además de causar la pérdida de la estructura dentaria y la hipersensibilidad. Estas lesiones se presentan con una sintomatología similar que se caracteriza en la hipersensibilidad al calor o frío, al dulce o al tacto, pero tienen particularidades que las diferencian (6).

Así mismo, estas lesiones se establecieron en categorías de desgaste como lentas y graduales. En caso de abrasión erosión, abfracción, hipoplasia o fractura, las lesiones incipientes son de pequeñas dimensionales y aun no compromete la integridad funcional del diente y estas generalmente son indoloras (7). La mayoría de estas lesiones causan recesión gingival, que es definida como la ubicación del margen gingival apical a la unión amelocementaria de uno o más dientes. Esta deformidad apical ocasiona generalmente en cada una de las personas afectadas sensibilidad radicular, pobre apariencia estética y lesiones cervicales. Existen dos grandes grupos de causas de recesión gingival, las que se originan de enfermedad periodontal y de origen traumático, además, se consideran ciertos factores y se les clasifica como factores predisponentes y precipitantes desencadenantes (8).

Cada día es más frecuente observar la preocupación de los pacientes por la presencia de recesiones gingivales localizadas o generalizadas. El paciente puede referir sensibilidad, o presentar una mayor prevalencia de caries, hiperemias pulpares y abrasiones cervicales, pero suele ser el compromiso estético el principal motivo de consulta. Teniendo así una población afectada principalmente por recesiones gingivales ocasionadas por la destrucción de tejido conectivo de la encía, disminuyendo el flujo sanguíneo a nivel gingival en la cual luego de diversos estudios se ha llegado a desarrollar varias técnicas con el mismo fin la recuperación y reposición de tejido en dicho espacio, evitando así diversas complicaciones que se pueden presentar a raíz de dichas recesiones (9). Dentro de los tratamientos están el colgajo pediculado, injerto gingival libre, injerto de tejido conectivo y la regeneración tisular guiada.

Sin embargo, las condiciones de éxito en el tratamiento de las recesiones gingivales, descansan en el conocimiento de su etiología y de las posibilidades de cicatrización de acuerdo a las diferentes técnicas quirúrgicas consideradas para corregirlas (8). Los objetivos a considerar en el tratamiento de las recesiones son: mejorar la estética, recubrir las zonas radiculares expuestas y lograr estabilidad clínica (10). Optando por el uso tejido conectivo subepitelial ya que es un procedimiento que permite aumentar la cantidad de encía queratinizada, así como conseguir cubrimiento radicular, al carecer de epitelio estos injertos pueden recibir doble vascularización a manera de sándwich y por lo tanto su predictibilidad será mayor (11). El tejido conectivo

donante es obtenido del interior de la fibromucosa palatina, posteriormente es colocado sobre un lecho receptor en la zona afectada y se cubre por un colgajo reposicionado coronalmente (9). Teniendo como resultado el control y mejora de la exposición radicular, la hipersensibilidad, principalmente la salud periodontal y la estética de los pacientes.

1.1.1 Formulación del problema:

¿El uso de la técnica quirúrgica periodontal con tejido conectivo subepitelial servirá para el tratamiento de pacientes con recesión gingival en la Universidad José Antonio Páez?

1.2. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Aplicar la técnica quirúrgica periodontal con tejido conectivo subepitelial para el tratamiento de paciente con recesión gingival en la Universidad José Antonio Páez en el periodo enero-junio 2020.

Objetivos específicos

- Determinar la etiología y las características clínicas de las lesiones presentes en paciente con recesión gingival.
- Diagnosticar el tipo de recesión gingival que presenta el paciente, según la clasificación de Miller.

- Usar la técnica quirúrgica periodontal con tejido conectivo subepitelial para el tratamiento de paciente con recesión gingival.
- Detallar el estado de salud periodontal y estética bucal post tratamiento de la recesión gingival en paciente que acuden a la Universidad José Antonio Páez en el periodo de Enero-Julio 2020.
- Analizar el comportamiento de la técnica quirúrgica periodontal con tejido conectivo subepitelial en el tratamiento de paciente con recesión gingival tratados quirúrgicamente en la Universidad José Antonio Páez.

1.3. Justificación de la investigación

En la actualidad la salud periodontal es una de las características principales para una buena salud bucal, con el paso del tiempo las sociedades por diversas razones se han visto afectadas por una gran variedad de situaciones, que van desde una enfermedad periodontal hasta la pérdida de dientes, más que todo por el desconocimiento de diversos tratamientos que se han desarrollado con el transcurso del tiempo. Uno de los problemas más frecuentados fuera de las enfermedades periodontales son las recesiones gingivales, teniendo en cuenta las diversas causas de las recesiones gingivales que pueden ser de origen bacteriano o inducidas por traumas, las recesión de origen traumático se produce por un mecanismo patógeno, causando una abrasión gingival, uno de los motivos suele estar causado por el trauma por cepillado, relacionado con este tipo de lesiones por la fuerza que se ejerce, comienza con forma

de abrasión en la capa epitelial, haciendo una reacción inflamatoria entre el tejido conectivo y epitelio externo, llegando a formarse úlceras y recesiones gingivales o de origen bacteriano se dan por la acumulación de la placa, siendo el tejido es fino se verá afectada por el proceso el margen gingival pierde soporte y migra apicalmente, este mecanismo patógeno se llama “centrífugo” ya que actúa del interior al exterior, formando una bolsa periodontal con pérdida de inserción (12).

Además de estas causas la edad y las restauraciones protésicas inadecuadas o una mal posición dental también puede causar recesión gingival, en este último caso, un diente vestibularizado en un apiñamiento puede llegar a causar que la cortical vestibular se reabsorba y esta reabsorción ósea arrastre consigo la encía provocando recesión gingival así como también lo puede ocasionar las complicaciones tras el tratamiento ortodóncico (13). Por ende, es de gran importancia la recuperación de la integridad buco-periodontal para que cada una de las personas que presentan dichos problemas pueden comenzar a aplicar nuevas formas de cuidado y vuelvan a sentirse dentro de su comodidad estética y bucal, compartiendo así con su entorno la importancia de la misma (14).

Frente a esta problemática se han realizado diversas investigaciones las cuales buscan solución a las mismas. Por ello es de gran interés y además se busca dar a conocer, implementar y aplicar técnicas quirúrgicas periodontal para el tratamiento de los pacientes que presentan recesiones gingivales ya que se ha notado que gran parte de los cuales han acudido a la Universidad José Antonio Páez les gustaría tener una

mejora de la misma, de allí se comienzan a buscar soluciones con las que se pueda llegar a una síntesis del problema.

Así mismo la investigación surge de la necesidad de evitar el progreso y avance de la recesión gingival la cual puede llevar a una pérdida dental o mayor sensibilidad del órgano dentario. Con la finalidad de llegar a un diagnóstico, el cual nos permitirá realizar la aplicación de una técnica que solucione el problema presente, todo bajo el control, la observación y acción profesional de especialistas en el área para así seguidamente evaluar el proceso post quirúrgico.

Así mismo, se lograría erradicar la exposición del órgano dental o estructura dentaria buscando además una mejora en cuanto a la calidad de vida en los pacientes que presentan esta condición conociendo que al existir una migración de dichos tejidos se le quita una de las barreras de seguridad del mismo causando así diversos factores como incomodidades al comer alimentos de muy altas o bajas temperaturas, mayor probabilidad de pérdida ósea, de inserción dental por ende pérdida de unidades dentarias, afecciones a los tejidos duros y de cierta forma a la estética del paciente causando incomodidades para el mismo.

De esta manera se busca dar a conocer a través del caso una de las opciones viables para el tratamiento de las recesiones gingivales, el comportamiento que existe al aplicar la técnica y como resultara o actuaran los tejidos en cuanto a la misma, siendo así una investigación que sigue la línea de investigación de la odontología correctiva (15).

1.4. Alcance y delimitación de la investigación

La presente investigación se enmarcara dentro del área de cirugía de la Universidad José Antonio Páez, ubicada en la localidad de San Diego-Edo. Carabobo. Donde se llevara a cabo el tratamiento quirúrgico en el cual se buscara recuperar la integridad bucal de acuerdo a la necesidad de los pacientes seleccionados para tratar recesiones gingivales las cuales afectan de manera continua en cuanto a la estética y funcionalidad. Teniendo en cuenta esto se establece que el estudio se enfoca en la línea de investigación de odontología correctiva, específicamente en los temas de periodontopatías y cirugía e implantología contempladas en la Escuela de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad José Antonio Páez.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Para la redacción del marco teórico de un proyecto de investigación es necesario iniciar con una breve recopilación de trabajos anteriores que posean variables, objetivos o metodologías similares al presente estudio, es por ello que se presenta en primer lugar el trabajo de grado de Neves y colaboradores realizado en Estados Unidos durante el 2019 titulado “Ensayo clínico aleatorizado que evalúa el tratamiento de recesión gingival maxilar única con injerto de tejido conectivo y colgajo de túnel o trapezoidal: seguimiento de 2 años” el propósito de dicho trabajo fue presentar un caso clínico con seguimiento a 2 años de un tratamiento quirúrgico de diversas técnicas de injerto de tejido conectivo; concluyendo así que ambas técnicas presentaron mejorías en cuanto a la cobertura radicular de más del 60% y que no presentaron diferencias significativas una técnica de otra, se pudo también apreciar el cubrimiento de la recesión gingival sin ningún tipo de complicación y presentando resultados favorables y estéticos (16).

Seguidamente, es preciso incluir el estudio de Gómez y colaboradores realizada en España durante el 2017 titulada “Membrana de fibrina versus injerto conectivo como tratamiento de recesión gingival. Reporte de caso”, dado a que el objeto de dicho trabajo fue presentar un caso clínico de una paciente con biotipo gingival grueso que presentaba múltiples recesiones gingivales, se le aplicó técnica de boca dividida para

evaluar la efectividad de una membrana de plasma rico en fibrinas y leucocitos e injerto de tejido conectivo; así pues, los autores determinaron que a largo plazo el injerto de tejido conectivo presenta mejor cicatrización y efectividad en el tratamiento de recesiones gingivales, además de terminaciones estéticas en dichas zonas de recesión (17).

A continuación, se introduce el trabajo de Dávila y colaboradores realizado en México durante el 2017 cuyo título fue “Injerto gingival obtenido mediante ingeniería tisular para la cobertura de recesiones gingivales. Reporte de un caso clínico”, tuvo como propósito evaluar el comportamiento clínico de un injerto de tejido conectivo autólogo desarrollado a partir de fibroblastos gingivales cultivados y sembrados en membranas de colágeno. Posterior a la atención de una paciente de 35 años con injerto gingival autólogo los autores concluyeron que a los 15 días post tratamiento se obtuvo un 90% de cobertura radicular y que es un tratamiento favorable, longevo y estético (18).

Así mismo, es importante hablar sobre la investigación de Merijhon en 2016 titulado “Manejo y prevención de la recesión gingival”, el cual fue realizado con el objeto de realizar una revisión de la literatura que identificara el oportuno diagnóstico y las herramientas de tratamiento para la recesión gingival; así pues, el autor determina que la evaluación de los aspectos que comprometan la función, comodidad y estética del paciente así como también los factores de riesgo para la recesión gingival son sumamente importantes y urgentes en el tratamiento dental, para así prevenir hipersensibilidad dentinaria, caries radicular o movilidad dentaria (19).

Por último, pero no menos importante, el trabajo de Garza realizado en México durante el 2014 el cual fue titulado “Tratamiento de la recesión gingival mediante el injerto de tejido conectivo subepitelial (Técnica de Langer y Langer) en pacientes con abfracciones, estudio longitudinal” el cual tuvo como propósito analizar los resultados del tratamiento de la recesión gingival mediante el injerto de tejido conectivo subepitelial, así que la autora realizó un estudio cuasi experimental evaluando a 8 pacientes con recesiones gingivales y abfracciones, concluyendo que el injerto de tejido conectivo subepitelial posee una efectividad del 95% en casos a corto, mediano y largo plazo (20).

De esta manera se puede destacar que las investigaciones anteriores se observa el uso de tejido conectivo y se estudia el comportamiento que dicho tejido tiene en el tratamiento de recesiones gingivales, algunas comparándose con otras técnicas y en otras solo se busca demostrar su efectividad, complicaciones e interacción con la encía que es lo que se busca en nuestra investigación. En cuanto a las últimas investigaciones se puede destacar la efectividad que tiene dicha técnica dependiendo del tipo de recesión a tratar, ya que existe una diferencia entre la recesión gingival y una causada por abfracción. Guiando así en el estudio a cuales son más efectivas y duraderas para la selección de la población a tratar evaluando la prevención e indicaciones de tratamiento para estos pacientes con el fin de mitigar complicaciones.

2.2 Bases Teóricas.

Recesiones gingivales.

En primera instancia es relevante definir qué es el periodonto y la periodontología, en tal sentido la periodoncia o periodontología es la rama de la odontología que se encarga del estudio, diagnóstico prevención y tratamiento de las enfermedades que aquejan a los tejidos que se encuentran alrededor del diente; el periodonto etimológicamente “peri” alrededor o a la periferia y “odonto” diente. De tal modo, se encuentra el periodonto de inserción (ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento) y el periodonto de protección que es la encía. A fines prácticos de esta investigación se define la encía como una parte de la mucosa bucal que recubre al diente y lo protege del medio bucal, se une al diente a través del surco gingival (21).

En condiciones de normalidad la encía es color rosa, firme y festoneada que se ajusta al contorno de los dientes, se divide o clasifica en tres: encía adherida o insertada la cual se encuentra unida al periostio del hueso alveolar puede medir entre 0 a 9mm y su superficie presenta un puntillado característico presuntamente formado por las crestas alveolares; también se encuentra la encía interdental o papilas interdenciales, se define como cóncava y también recibe el nombre de nicho, muchos autores consideran que en este espacio inicia la enfermedad gingival por el depósito de bacterias, su epitelio es fino y poco queratinizado. Por último, se encuentra la encía marginal o móvil, puede medir entre 0 y 2mm y se ubica en los contornos gingivales de la corona clínica, presenta una superficie lisa, rosa y brillante (1, 21).

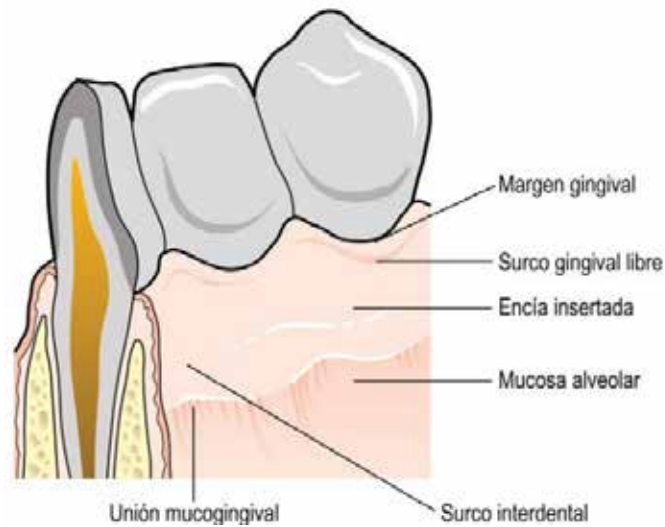


Figura 1. Ilustración de las partes de la encía y su unión dentogingival (22).

Por otra parte, y entendiendo el aspecto gingival fisiológico se puede afirmar que la presencia de una enfermedad periodontal tiene que ver con la afectación de los tejidos periodontales, bien sea gingivitis o periodontitis, donde se comprende la inflamación dichos tejidos por motivos infecciosos, traumáticos, congénitos, protésicos, ortodónticos o medicamentosos. Ante la sospecha de una enfermedad periodontal es preciso para el clínico realizar una evaluación clínica minuciosa, historia clínica y evaluación radiográfica. Dentro de los procedimientos diagnósticos para las enfermedades gingivales se tiene el sondaje del surco gingival, se evalúa la profundidad del surco que debe estar entre 0 y 3mm, así mismo la hemorragia al sangrado o la posición de la unión dentogingival (21-23).

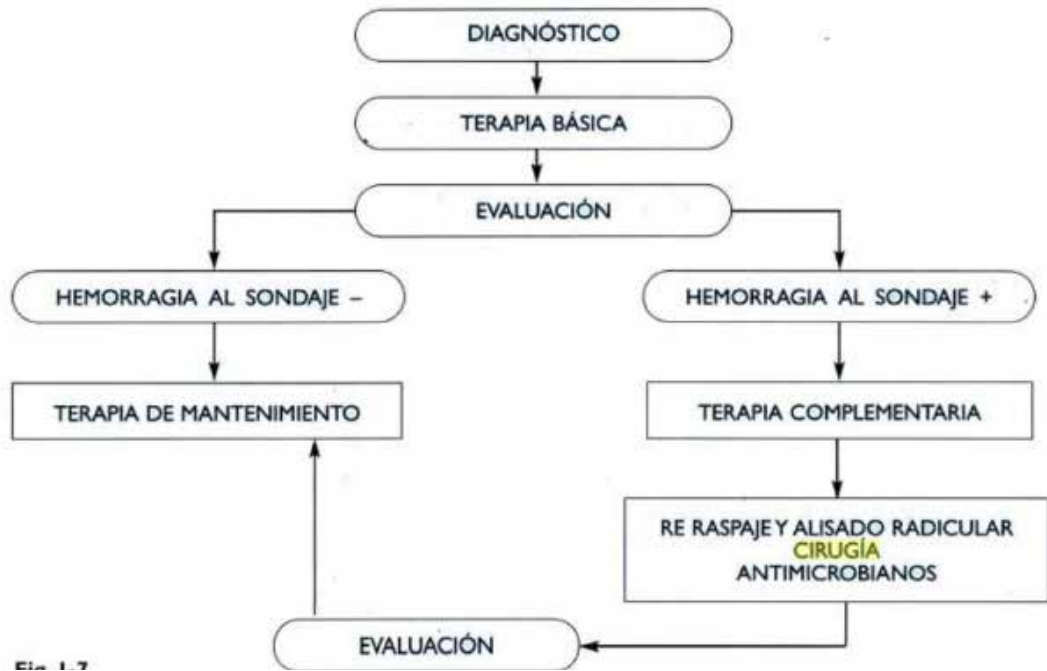


Fig. 1.7

Figura 2. Esquema para el tratamiento de enfermedades gingivales y periodontales. (22).

Puntualmente, se puede definir la recesión gingival como un cambio en la posición del margen de la encía, con migración hacia apical de la localización de la unión cemento-esmalte con la subsecuente exposición de la superficie de la raíz, esta migración se da por la destrucción de los tejidos periodontales marginales. En la actualidad, las recesiones gingivales son uno de los motivos de consulta más frecuente, estas pueden convivir en presencia tanto de lesiones cervicales cariosas como no cariosa, ocasionando además posibles síntomas subjetivos como, aumento de hiperestesia radicular ante estímulos térmicos o táctiles, aumento de sensibilidad gingival sobre todo al cepillarse, un temor de posible pérdida del diente y una sensación de aspecto no estético. De hecho, un

porcentaje importante de los procedimientos quirúrgicos de cirugía plástica periodontal, se realizan para corregir estos defectos (24).

Las recesiones gingivales se tratan de un hallazgo clínico común tanto en pacientes con enfermedad periodontal incipiente hasta avanzada, como en pacientes sin enfermedad periodontal y una buena higiene oral. La encía marginal retraída a menudo se encuentra con una inflamación marginal leve, pero puede ser normal excepto por su posición, puede abarcar uno o más dientes contiguos o antagonistas. La prevalencia de las recesiones gingivales según se ha reportado, es con el aumento de la edad, su incidencia promedio va de un 8% en niños hasta un 100% luego de los 50 años de edad, estos datos nos indican que la recesión gingival es producto de un proceso fisiológico vinculado con el envejecimiento (25).

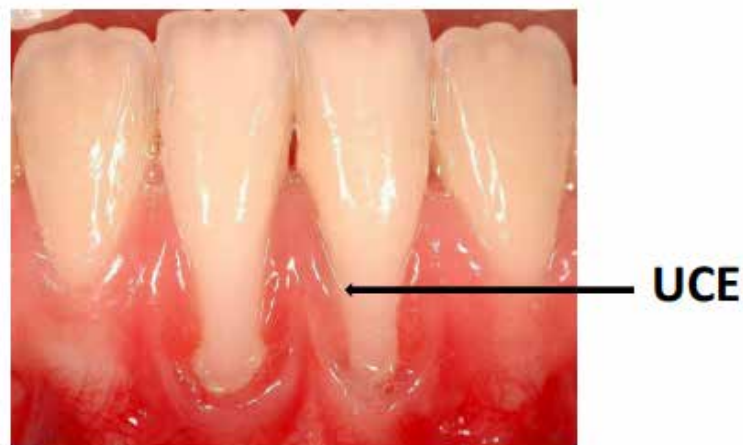


Figura 3. Ejemplo de recesión gingival respecto al nivel de la Unión Cemento Esmalte (UCE) (25).

Para la evaluación y diagnóstico de las recesiones gingivales se han propuesto índices y clasificaciones de las mismas, clínicamente. Es importante determinar

principalmente las características fisiológicas de la encía como lo son el color la cual debe ser rosa coral debido al grado de proteínas de estructura fibrosa, grosos del epitelio, células pigmentadas y suministro vascular; el tamaño el cual no especifico, este dependerá del tamaño y forma de los dientes, su posición la cual alude al nivel en el que se inserta el diente en el margen gingival (1). De acuerdo a las características nombradas anteriormente se estableció la clasificación de Miller que es probablemente la más usada de forma común para describir la recesión gingival y además sustenta un pronóstico para los procedimientos de cobertura radicular; según la cual se establecen las siguientes clases:

Cuadro 1. Clasificación de Miller de las Recesiones Gingivales (26).

Clase I: Recesión de los tejidos marginales que no alcanza la línea mucogingival.

Clase II: Recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival sin pérdida de inserción periodontal (hueso o tejidos blandos) en el área interdental.

Clase III: Recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival con pérdida de la inserción periodontal en el área interdental o mala posición dentaria.

Clase IV: Recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival con pérdida severa de hueso o tejido blando en el

área interdental y/o severa malposición dental.

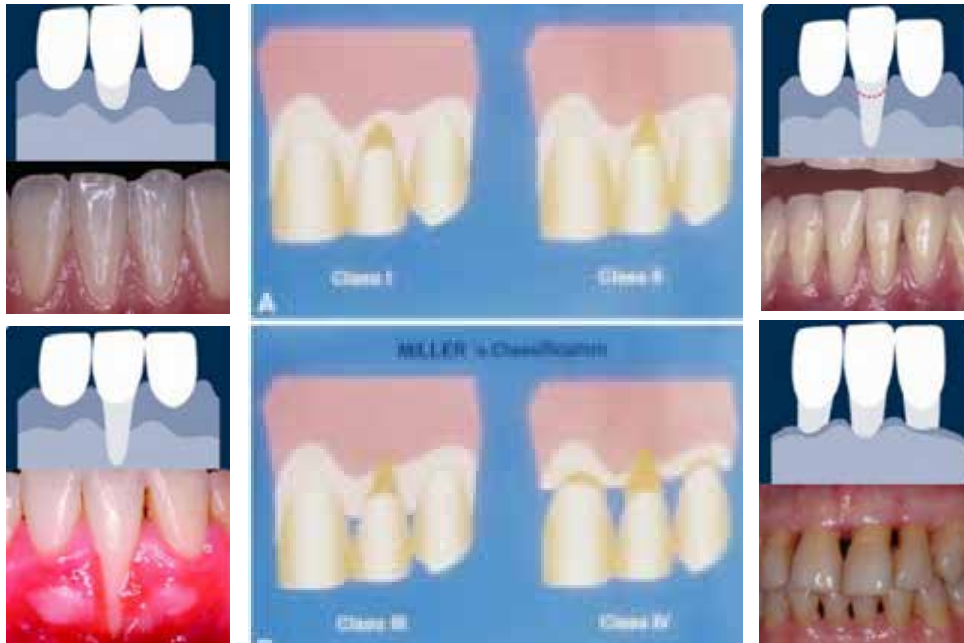


Figura 4. Ejemplo de la clasificación de las recesiones gingivales según MILLER (26).

Actualmente se han propuesto diversas clasificaciones que toman en cuenta algunas otras características entre estas tenemos adaptar la clasificación de recesión gingival de Cairo (2011), teniendo como referencia la pérdida de inserción clínica interdental:

Tipo de recesión 1: recesión gingival sin pérdida dental de inserción interproximal.

La unión amelocementaria interproximal no es clínicamente detectable en los aspectos mesial y distal del diente.

Tipo de recesión 2: recesión gingival asociada con la pérdida de inserción interproximal. La cantidad de pérdida de inserción interproximal (medida desde la

unión amelo-cementaria interproximal hasta la profundidad del surco/bucal interproximal) es menor o igual a la pérdida de inserción bucal (medida desde la unión amelo-cementaria bucal hasta la base apical del surco bucal/bolsa).

Tipo de recesión 3: recesión gingival asociada con la pérdida de inserción interproximal. La cantidad de pérdida de inserción interproximal (medida desde la unión amelo-cementaria interproximal hasta la base apical del surco/bolsa mayor que la pérdida de inserción bucal (medida desde la unión amelo-cementaria bucal hasta la base apical del surco bucal/bolsa) (27).

Otras consideraciones respecto a las recesiones gingivales son su sintomatología, a pesar de que algunas personas presentan recesiones asintomáticas otras pueden experimentar hipersensibilidad dentinaria. Ahora bien, se puede tomar en cuenta algunos factores predisponentes o condicionantes (26):

- **Edad:** Prevalencia de recesiones gingivales en individuos mayores de 30 años.
- **Factores anatómicos:** Fenestración y dehiscencia del hueso alveolar, posición anormal del diente en el arco, patrón aberrante de erupción y forma del diente.
- **Factores fisiológicos:** El movimiento de los dientes a posiciones fuera del hueso alveolar labial o lingual produciendo la formación de la dehiscencia.

- **Factores patológicos:** Procesos inflamatorios localizados en el tejido conectivo con la acumulación de células mononucleares.
- **Trauma:** Cepillado dental enérgico, inserción aberrante del frenillo, daño oclusal, procedimientos operatorios y tabaco de mascar.
- **Higiene:** Hábitos deficientes o insuficientes de cepillado dental y otras técnicas de higiene oral (26).



Figura 5. Ejemplo de recesión gingival (27).

Técnica quirúrgica con tejido conectivo subepitelial.

Los objetivos de la cirugía periodontal son: 1. Detener la progresión de la enfermedad periodontal y evitar su recurrencia. 2. Intentar regenerar los tejidos destruidos en la enfermedad. Así pues, las diversas técnicas quirúrgicas pueden dividirse a su vez en los mismos dos grupos (21, 22,27):

1. Aquellos que se limitan a eliminar la enfermedad y a producir condiciones que eviten su recurrencia. Este grupo puede subdividirse en otros dos:

a. Procedimientos encaminados a eliminar o disminuir la bolsa:

- Gingivectomía.
- Gingivectomía a bisel externo.
- Colgajo posicionado apicalmente.

b. Procedimientos para acceder a las superficies radiculares para su exfoliación abierta y curetaje radicular:

- Colgajo reposicionado (colgajo de Widman modificado). Este procedimiento debería lograr un epitelio largo de unión.

2. Aquellos que eliminan la enfermedad y que se encaminan además a regenerar el tejido periodontal que ha sido destruido por la enfermedad, aumentando de este modo el grado de inserción: a. Regeneración tisular guiada (RTG). b. Injerto óseo (21, 22,27).

Para corregir los defectos mucogingivales y cubrir las superficies de las raíces se han propuesto varias técnicas de cirugía plástica periodontal (28):

- Autoinjertos pediculados: colgajos rotacionales o desplazados coronalmente, no serán el objetivo de nuestra revisión.
- Autoinjertos de tejidos blandos libres: gingival libre y tejido conectivo subepitelial.

- Técnicas quirúrgicas basadas en regeneración tisular guiada (RTG), con membranas reabsorbibles o no reabsorbibles.
- Injerto dérmico acelular (28).

En 1985, Langer y Langer fueron los primeros autores en describir el uso del injerto de tejido conectivo subepitelial. Este procedimiento permite aumentar la cantidad de encía queratinizada, así como conseguir cubrimiento radicular. El tejido conectivo donante es obtenido del interior de la fibromucosa palatina. Posteriormente, es colocado sobre un lecho receptor en la zona afectada y se cubre por un colgajo posicionado coronalmente. Las ventajas del injerto de tejido conectivo subepitelial son: Presenta doble abastecimiento sanguíneo (vaso supraparióísticos que nutren la encía adherida y libre existente y periostio) y el color porque este injerto es superpuesto entre la superficie radicular y el tejido conectivo quedando de esta forma el color de la mucosa preexistente (29).

Después de la anestesia local y preparación de la superficie expuesta por medio de raspado y alisado, se realizan incisiones que se extienden desde el margen gingival del diente adyacente, a la unión cemento-esmalte (UCE) del diente a tratar. Esta dirección oblicua de las incisiones conforma en el espacio interproximal del colgajo las papilas quirúrgicas. Se extienden incisiones intrasurcales en el aspecto bucal de cada diente con recesión hasta un diente adyacente a las recesiones que van a ser tratadas (21).

Las papilas anatómicas que serán el sitio de sutura con el colgajo ya desplazado, deben ser desepitelizadas. Se levanta un colgajo de espesor parcial a la altura de las papilas quirúrgicas, seguida de un colgajo de espesor total, para desprender la encía insertada presente. Al llegar a la unión mucogingival (UMG), se realiza un colgajo de espesor parcial (aproximadamente 8 mm de la UMG) para desprender las inserciones musculares y así desplazar el colgajo y que pueda ser posicionado de manera pasiva sobre la totalidad de las superficies radiculares expuestas (21,30).



Figura 6. Ejemplo de levantamiento de colgajo en una cirugía mucogingival (31).

2.3 Bases Legales

Es de gran importancia resaltar que como sustento legal en la investigación se realiza la utilización del consentimiento informado el cual es la aprobación del individuo expresada a él en lenguaje accesible, antes de empezar el tratamiento, teniendo como

base sus aspectos éticos-legales el Código de Ética Odontológica, Civil y Penal y la Resolución 196/96 (32). Es de gran importancia como modo de protección judicial para el cirujano-dentista y para el paciente que lo recibe, ya que a través del mismo se dará a conocer el tratamiento y los resultados que obtendrá del mismo, así como sus complicaciones. Así como también se debe resaltar que la práctica odontológica e investigación clínica está realizada o supervisada por personas científicamente calificadas y estas a su vez protege la salud del paciente con el cual se realiza el experimento, le explica con claridad todo con respecto al tratamiento a realizar y le da consentimiento libre al mismo como lo establece el Art. 98-99 del Código de deontología odontológica (32).

2.4 Definición de términos básicos.

Colgajo: Mucosa que rodea al diente, formado por mucosa o fibromucosa, quirúrgicamente se entiende como el proceso de realizar una incisión y separar una porción de mucosa (33).

Enfermedad periodontal: Patología, afección o alteración de los tejidos periféricos al diente (34).

Epitelial: Referente al epitelio. Conjunto de células planas o prismáticas que recubre la superficie externa de un órgano (34).

Injerto: Procedimiento quirúrgico donde traslada un tejido biológico hacia otro lugar (34).

Mucogingival: Unión entre la mucosa bucal y la encía (33).

Recesión: Referente al retroceso de la posición natural de la encía (33).

Subepitelial: Que se ubica debajo del epitelio (33)

Tejido conectivo: Conjunto de células que poseen la misma función y diferenciación morfológica, forma parte de la estructura de soporte entre la conexión entre tejidos (33).

UCE: Unión Cemento Esmalte (34).

Sistema de Operacionalización de Variables: Se refiere a un proceso lógico a través del cual se descomponen los conceptos que forman parte de una investigación con la intención de hacerlos menos abstractos y más útiles para el proceso investigativo. Cuando cada variable puede ser recogida, valorada y observada se convierte en un indicador.

Fuente: Omaña y Valero (2020).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Toda investigación se fundamenta en un marco metodológico, el cual define el uso de métodos, técnicas, instrumentos, estrategias y procedimientos a utilizar en el estudio que se desarrolla (35).

3.1 Tipo y Diseño de la investigación.

3.1.1 Tipo de investigación.

Dentro de la planificación sobre el abordaje de un estudio es imprescindible revisar los objetivos del mismo, de esa manera es posible seleccionar la estrategia adecuada para su cumplimiento, en ese sentido se comprende que esta investigación se consideró un diseño de campo, tal tipo de investigación se definió como aquella donde los investigadores recogen los datos de fuentes primarias o directamente de donde ocurren los hechos, así pues debido a que en este estudio se aplicó la técnica de injerto subepitelial de tejido conectivo para la erradicación de las recesiones gingivales se contempló como una investigación de campo tipo estudio de caso. El estudio de caso se realizó con un solo individuo que presentaba las variables a estudiar y demanda una evaluación profunda y exhaustiva (35).

3.1.2 Diseño de la investigación.

Por otro lado, se tiene que el diseño de la investigación se enmarca en el tipo de investigación seleccionado y el diseño se acoplo a éste. Entonces, para llevar a cabo

un estudio de caso es preciso que el diseño se describa como cuasi experimental, entendiendo que los investigadores poseen control sobre algunas variables pero no pueden controlar el experimento en su totalidad. Dicho de otra forma, dentro de esta investigación se aplicó la técnica quirúrgica de tejido conectivo subepitelial para corregir recesiones de la encía, se comprende entonces que las investigadoras manipularon las variables para evaluar y describir posteriormente la evolución y cicatrización de los tejidos tratados (36).

3.2 Población y muestra.

3.2.1 Población.

Cabe definir en primer lugar que, la población o universo se refiere a los elementos o unidades (personas, instituciones o cosas) involucradas en la investigación, y a la que se tiene el propósito de evaluar (35). Por ello, la población de este estudio se representó por un paciente que asistió a las áreas clínicas de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez durante el período en curso.

3.2.2 Muestra.

Seguidamente, es preciso acotar que la muestra representa una parte de la población objeto de estudio. Se selecciona con el fin de obtener una información más precisa. La muestra poblacional se divide en probabilística y no probabilística; así mismo, se resalta que la selección de la muestra sobre la totalidad de la población amerita técnicas de muestreo que de igual forma son seleccionadas a conveniencia de la investigación y sus objetivos (37).

Puntualmente, en este estudio se aplicaron algunos criterios de selección que permitieron conformar una muestra de un individuo.

Criterios de inclusión:

- Paciente de la Clínica Integral del Adulto V en el período en curso.
- Presentar recesión gingival
- No poseer antecedentes médicos que contraindiquen la intervención quirúrgica
- Pacientes con hábitos de higiene oral aceptables.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que presenten problemas de ATM como bruxismo, ya que se verá afectado el proceso de cicatrización.
- Pacientes que padezcan de enfermedades hematológicas.
- Pacientes con problemas periodontales.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.3.1 Técnicas.

Las técnicas de recolección de datos son las estrategias que emplea el investigador para obtener la información necesaria para establecer los resultados y conclusiones de su estudio, dichas técnicas se aplican a la muestra poblacional seleccionada (36). En este caso, se utilizó la observación directa. Dicha técnica implica que los investigadores observaron las características de las variables que le competen a la investigación, puntualmente, se tiene que dentro de este estudio las investigadoras evaluaron las características clínicas y etiológicas de las recesiones gingivales del

paciente que conformo la muestra, se aplicó la técnica quirúrgica y se le realizo el seguimiento a la evolución del caso.

3.3.2 Instrumento.

En referencia a los instrumentos, Arias los define como cualquier recurso, dispositivo o formato que se utilice para obtener, registrar y almacenar información (35). Por lo tanto, los instrumentos corresponden a la técnica a utilizar, para esta investigación se contempló como instrumentos: historia clínica de la Escuela de Odontología UJAP, hoja de registro diseñada para almacenar los datos del paciente y variables a evaluar respecto a la clasificación de la recesión gingival, procedimiento quirúrgico y evolución post operatoria, también se hizo uso de una cámara fotográfica para documentar el caso clínico durante todo su desarrollo.

Resumiendo, se emplearán los siguientes instrumentos:

- Historia Clínica
- Consentimiento informado
- Guía de observación
- Cámara fotográfica

3.4 Procesamiento y análisis de datos.

Finalmente, luego de la recopilación de la información necesaria por medio de las técnicas e instrumentos mencionados anteriormente se necesita disponer tales datos para su comprensión y evaluación según los ítems a considerar en la hoja de registro, en relación a las fotografías serán expuestas de manera secuencial sobre el

tratamiento aplicado y servirán como datos imprescindibles para la descripción del caso clínico.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Presentación de los resultados.

Durante el desarrollo de este capítulo se expone la presentación y análisis de los resultados obtenidos y los hallazgos posterior a la aplicación de la técnica quirúrgica periodontal para el tratamiento de la recesión gingival

De esta manera se seleccionó al paciente en el área de Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez, para aplicar la técnica quirúrgica mediante la colocación de un injerto, en concordancia con los objetivos de este estudio se tuvo el propósito de seleccionar a una paciente la cual cumplía con todos los criterios de inclusión y exclusión.

Descripción Cronológica del caso clínico:

Paciente fémina de 54 años de edad natural y procedente de San Cristóbal estado Táchira. La cual asistió de manera voluntaria a la consulta odontológica, debido a la presentaba sensibilidad desde hace tres años aproximadamente en la zona antero inferior de intensidad leve el cual se acentuaba al momento del cepillado y de consumir alimentos fríos y se atenuaba al eliminar el estímulo.

De esta manera se procedió al llenado de historia clínica y al momento de la anamnesis se encontró como relevante que sufre de Hipertensión desde hace 10 años la cual es controlada con antihipertensivo oral Omelzartan de 20 mg. y Carvedidol de

12,5 mg. y que fue intervenida quirúrgicamente de nódulos mamarios en el 2012 la cual no presento ningún tipo de complicación.

No refiere presentar ninguna otra patología, y tiene como antecedentes familiares cáncer de pulmón por parte de la madre la cual falleció, y Diabetes Mellitus tipo II e infarto por parte del padre que también ya falleció. Además, no fueron registrados hábitos orales parafuncionales o consumo de tabaco, alcohol o medicamentos que constituyeran alguna complicación, riesgo o contraindicación del procedimiento quirúrgico. La paciente indico que el cepillado lo realizaba bruscamente.

Al momento de la exploración clínica se observó que la paciente presentaba recesión gingival en la zona donde refería la sensibilidad dental en la UD 34 y en cuanto a la encía se observó de color rosa coral y en un tamaño fisiológico y con una consistencia firme y resilente, en cuanto a su posición de encontraba por debajo de la UCE exponiendo así el órgano dental en su zona radicular de una forma moderada siendo el causante principal de la sensibilidad dental ante los estímulos, donde la paciente manifiesta que ha ido de forma progresiva su avance hacia apical. Luego se le realizo el sondaje en cual indico 2mm.

Seguidamente se obtuvo un buen diagnóstico gracias a la anamnesis y una correcta exploración clínica lo que nos llevó a tener como diagnóstico clínico una recesión gingival según la clasificación de Miller tipo II causada por trauma mecánico debido a una incorrecta técnica de cepillado. Y Por medio de la guía de observación que se diseñó como instrumento de recolección de datos (ver anexo C) y una cámara fotográfica fue posible reportar el caso clínico.

Posteriormente, se le indico a la paciente el diagnóstico clínico y el plan de tratamiento a seguir, la cual llenó el consentimiento informado donde manifiesto su motivación, consciencia y acuerdo sobre el procedimiento quirúrgico.

Por último, se procedió a la toma de fotografías extraorales e intraorales que complementan la evaluación clínica y confirman la indicación de la aplicación de la técnica quirúrgica periodontal con tejido conectivo subepitelial para el tratamiento de la recesión gingival.

Figura 7. Registro fotográfico extra oral pre operatorio.



Figura 8. Registro fotográfico de perfil extra bucal preoperatorio.



Figura 9. Registro fotográfico intra bucal preoperatorio. Vista superior central. Fuente: Historias Clínica Área de Clínica Integral de la Ujap (2020)



Figura 10. Registro fotográfico intra bucal preoperatorio. Vista lateral. Fuente: Historias Clínica Área de Clínica Integral de la Ujap (2020)



Seguidamente, en la guía de observación se presenta la necesidad y deber de realizar exámenes pre operatorios, como se indica en la tabla anterior a la paciente se le

evaluó examen hematológico general, perfiles de PT y PTT, urea, creatinina, VIH-VDRL para sustento de que todo se encontrara dentro de los perfiles normales antes del proceso quirúrgico, en los anexos de este trabajo se adjuntan los resultados de dichos exámenes. Así pues, se obtuvo que los valores hematológicos se encontraban en su rango regular, las pruebas VIH y VDRL se mostraron no reactivas y los tiempos protrombina se hallaron en 13,0 segundos y tiempo parcial de tromboplastina en 34,0 segundos; ante tal evaluación los autores en conjunto con el doctor Rodrigo Pino determinaron que la paciente se encontraba apta para el procedimiento quirúrgico.

Figura 11. Exámenes preoperatorios

Laboratorio Clínico Microbiológico
 Dr. Francis Espinoza
 S.M.E.T. C.A.
 30119222-2

QUIMICA SANGUINEA I

PACIENTE: YUDITH SUAREZ # Paciente INTE / 000099

C.I. SEXO EDAD
 V-6195583 F 54 AÑOS

EXAMEN	RESULTADOS	UNIDAD	VALORES DE REFERENCIA
GLUCOSIA	87	mg/dl	70 - 110
UREA	23.0	mg/dl	17.0 - 49.0
CREATININA	0.8	mg/dl	0.6 - 1.4

Escaneado con CamScanner

Figura 12. Exámenes preoperatorios

Laboratorio Clínico Microbiológico
Lda. Francis Espinoza
C E M E T, C.A.
J-30119222-2

FECHA: 20/01/2020 10:13:00

ESTUDIOS DE COAGULACION

C.I. SEXO EDAD
V-6195583 F 54 AÑOS

PACIENTE: YUDITH SUAREZ # Paciente INTE / 000099

EXAMEN	RESULTADOS	UNIDAD	VALORES DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA			
PT-PACIENTE	13,0	Seg	
PT-CONTROL	13,5	Seg	
RAZON	0,963		0,200 - 1,200
INR	0,962		
ACTIVIDAD DE PROTROMBINA	96,3		
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA			
PT-PACIENTE	34,0	seg.	
PT-CONTROL	39,0	seg.	
REACCION PAC-CONT	5,0	seg.	-8,0 - 6,0

Figura 13. Exámenes preoperatorios

Laboratorio Clínico Microbiológico
Lda. Francis Espinoza
C E M E T, C.A.
J-30119222-2

FECHA: 20/01/2020 10:13:00

HEMATOLOGIA COMPLETA Y PLAQ.

C.I. SEXO EDAD
V-6195583 F 54 AÑOS

PACIENTE: YUDITH SUAREZ # Paciente INTE / 000099

EXAMEN	RESULTADOS	UNIDAD	VALORES DE REFERENCIA
SERIE ROJA			
HEMOGLOBINA	13,3	g%	11,0 - 15,0
HEMATOCRITO	41,0	%	37,0 - 48,0
CHCM	32,4	%	30,5 - 33,0
HCM	29,5	Pg	26,0 - 32,0
VCM	90,9	fL	80,0 - 100,0
RECÜENTOS			
GLOBULOS ROJOS	4,51	Mul.	3,20 - 5,20
LEUCOCITOS	5500	cel/mm ³	4000 - 10000
PLAQUETAS	175000	Plq/mm ³	150000 - 440000
HEMOGRAMA			
NEUTROFILIOS	38	%	54 - 65
LINFOCITOS	52	%	20 - 30
MONOCITOS	1	%	0 - 2
ERITROCITOS	2	%	0 - 1

Es de importancia resaltar que los investigadores realizaron un estudio intraoral donde se revisaron las diferentes características para analizar el estado de los tejidos periodontales y los factores que pueden afectar al mismo, principalmente la encía los cuales se ven expresados en la tabla 1 de la guía de observación. Seguidamente, se establece la causa probable de la recesión gingival que se presenta y se pasa al siguiente ítem en donde se logra clasificar según el tipo de recesión gingival en la tabla de acuerdo a Miller.

Como se ha descrito en el capítulo dos de este trabajo de investigación la recesión gingival se describe como un cambio en la posición del margen de la encía, con migración hacia apical de la localización de la unión cemento-esmalte con la subsecuente exposición de la superficie de la raíz, esta migración se da por la destrucción de los tejidos periodontales marginales y que existe un porcentaje importante de los procedimientos quirúrgicos de cirugía plástica periodontal, se realizan para corregir estos defectos, para el tratamiento de las mismas se debe tomar en cuenta que tan grave es la afección en cuanto al periodonto y para ello, se utiliza la clasificación de Miller.

En la primera fase se educó al paciente de cómo realizar una correcta técnica de cepillado para evitar posibles traumas, luego se le realizó profilaxis, raspado y alisado radicular de los cuatro cuadrante para tener un campo sano y libre de bacterias y para evitar posibles complicaciones infecciosas por esta misma razón se prescribió antibiótico (amoxicilina + ácido clavulánico) a la paciente que fue sometida a la cirugía una hora antes de la intervención como

profilaxis antibiótica y administración continuo luego haber realizado el acto quirúrgico por cinco días más.

Una vez llegados a este punto, se procede a describir el acto operatorio, previa asepsia del campo operatorio y tomar las barreras de bioseguridad que se ameritan en estos casos se procedió a aplicar anestésico local, para lo cual se empleó una técnica de bloqueo nervioso infiltrativo con un carpule de lidocaína al 2% con epinefrina 1:80.000.

Figura 14. Aplicación de anestesia local.



Posteriormente con el uso del bisturí número 15 se procede a realizar la incisión en paladar con un colgajo trapezoidal para realizar la extracción de tejido conectivo del mismo tomado con una pinza.

Figura 15. Incisión de paladar.



Figura 16. Extracción del tejido conectivo del paladar.



Seguidamente, se realiza la segunda incisión en la encía en el lugar donde se presenta la recesión gingival en este caso en el cuadrante 3 inferior UD 34, con un colgajo trapecoidal ; donde se procedió a insertar el tejido conectivo previamente obtenido el cual se posiciono a nivel UCE procurando cubrir con totalidad, sobre el cual se posiciona el tejido de la encía y se procedió a realizar diversos puntos simples de

sutura para lograr un posicionamiento firme de los tejidos en el área de la recesión es decir cuadrante 3, zona inferior sin que el tejido conectivo quedara expuesto con Nylon 5/0 absorbible y con ayuda de una pinza porta aguja, se verificó la resistencia y solidez de los puntos de sutura y se aplica gasa estéril nuevamente.

Figura 17. Sutura de la encía



Posteriormente, se realiza la sutura con puntos de sutura simple con Nylon 5/0 absorbible en el área del paladar al igual se aplica gasa estéril y se le indicó a la paciente el cierre bucal.

Figura 18. Sutura del paladar



Así mismo, a la paciente se le proporcionaron indicaciones y cuidados post operatorios para la correcta cicatrización del tejido. Por último, se puede resaltar que el acto quirúrgico tuvo una duración de 45 minutos aproximadamente donde se llevó a cabo sin complicaciones o accidentes.

Con respecto a las indicaciones post operatorias se manda un tratamiento con amoxicilina más ácido clavulánico en tabletas de 875/125mg 1 tableta cada 8 horas durante 7 días e Ibuprofeno de 800mg 1 tableta cada 8 horas durante 5 días con motivo de controlar y prevenir infección, dolor e inflamación post operatorios.

Evaluación Post-Operatoria

Para finalizar, se realiza una cita control 7 días luego de la operación para observar el proceso de cicatrización de la misma donde se hizo una evaluación clínica y se estudiaron diversas características importantes establecidas en la guía de observación para indicar si el injerto estaba funcionando, es importante establecer que la paciente manifestó que no presentó molestia ni dolor, solo un poco de inflamación durante el proceso de cicatrización, lo cual contribuye a establecer la evolución satisfactoria de la cicatrización de la herida. Ante el examen clínico se observó en el primer control que el tejido presentaba un color blanquecino en el lugar en el cual se había colocado el injerto (unión cemento esmalte), no se observaba totalmente cubierto por el tejido de la encía pero el injerto cubría la recesión en su totalidad, el tejido alrededor se observaba firme y resiliente de color rosa coral, la paciente no refirió presentar dolor ni molestias; se decidió esperar al próximo control y esperar la evolución.

Figura 19. Evaluación Post operatoria a los 7 días.



Seguidamente al mes se realiza el segundo control se observa como el tejido ha subido a cubrir casi en su totalidad el injerto a nivel de la unión cemento esmalte, presentando un color rosa coral, firme y resiliente de consistencia blanda, paciente no refiere presentar dolor ni molestia.

Figura 20. Evaluación Post operatoria a 1 mes.



Luego en el tercer y último control se observa un avance bastante progresivo debido a que podemos ver como todo está cubierto en su totalidad, un tejido rosa coral con todas las características necesarias ubicado en la unión cemento esmalte un 80-90% por lo que se puede decir que se ha logrado obtener una evolución satisfactoria en todos los aspectos, la paciente no refirió ninguna molestia o dolor.

Figura 21. Evaluación Post operatoria a los 2 meses.



Discusión de los resultados

Es de gran importancia resaltar que para la obtención de los resultados finales se deben comparar los hallazgos del estudio con las investigaciones base que nos sustentan información con respecto al caso por ello debemos resaltar la investigación de Merijhon el cual fue realizado con el objeto de realizar una revisión de la literatura que identificara el oportuno diagnóstico y las herramientas de tratamiento

para la recesión gingival; en concordancia con el estudio se le ha dado una gran importancia en el diagnóstico de la recesión y un análisis de su causa así como también los factores de riesgo para la recesión gingival para el futuro tratamiento y así garantizar éxito en el mismo (19).

Por otra parte, en la investigación de Neves y colaboradores realizado en 2019 titulado donde el propósito de dicho trabajo fue presentar un caso clínico con seguimiento a 2 años de un tratamiento quirúrgico de diversas técnicas de injerto de tejido conectivo; concluyendo así que ambas técnicas presentaron mejorías en cuanto a la cobertura radicular de más del 60%, en cuanto a la investigación que se presenta se toma de la misma el uso de una sola técnica la cual para los investigadores fue considerada la más factible a pesar de que en el estudio base no presentaron diferencias significativas una técnica de otra, se pudo apreciar que el cubrimiento de la recesión gingival con tejido conectivo subepitelial fue sin ningún tipo de complicación y presentando resultados favorables (16).

Para finalizar, se toma en cuenta el estudio de Garza en 2014 donde afirma que luego de un estudio en donde se experimentaron con 8 pacientes para el tratamiento de recesiones gingivales el tejido conectivo tenía un éxito del 95% de los mismos; lo cual se logra confirmar a través de la aplicación de la misma técnica en la paciente que se presenta en esta investigación donde se logró obtener una evolución exitosa (20).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Para la elaboración del último capítulo se realiza una revisión de los objetivos de la investigación y poder determinar luego de la presentación y discusión de los resultados si éstos fueron cumplidos, se tiene que el propósito general de este estudio fue evaluar la técnica quirúrgica periodontal con tejido conectivo subepitelial para el tratamiento de pacientes con recesión gingival en la Universidad José Antonio Páez, desglosando así tres objetivos específicos, donde el primero de ellos apunta a determinar la etiología y las características clínicas de las lesiones presentes en los pacientes con recesión gingival, donde se logra determinar que la paciente presenta una recesión gingival ocasionada por factores mecánicos mostrándose el tejido de color rosa coral, firme y resiliente sin alteraciones, por debajo de la unión cemento esmalte, la paciente refirió presentar sensibilidad cuando se presentaba algún estímulo.

De esta manera, se presentó como segundo objetivo de estudio: diagnosticar el tipo de recesión gingival que presenta el paciente, según la clasificación de Miller expuesta en las bases teóricas con detalle llegando a la conclusión luego de la observación a las distintas clases que se presentan y las características de la paciente se establece que presentaba una recesión gingival clase II en la cual la recesión de los tejidos marginales se extiende o va más allá de la unión mucogingival sin pérdida de inserción periodontal, seguidamente luego de clasificar la recesión gingival y

determinar que podía llevarse a cabo la cirugía se procedió a aplicar la técnica quirúrgica periodontal con tejido conectivo subepitelial para el tratamiento de la paciente.

Así mismo, respecto a las consideraciones pre operatorias se aplicaron las técnicas quirúrgicas necesarias para la obtención del tejido conectivo subepitelial del paladar y luego la realización del injerto del mismo en el área que se presentaba dicha recesión gingival, seguidamente luego de la cirugía se le dio a la paciente una serie de indicaciones sobre el cuidado e higiene de la herida así como la terapia farmacológica con antibiótico, analgésico y antiinflamatorio. Finalmente, se detalló el estado de salud periodontal y estética bucal post tratamiento donde se logró observar una mejoría en cuanto a la ubicación de tejido a nivel de la unión cemento esmalte y no por debajo de él cómo se encontraba anteriormente, el cual se encontró dentro de las características normales; es decir color rosa, firme y resilente, consistencia blanda y un tamaño normal así como se analizó el comportamiento de la técnica quirúrgica periodontal con tejido conectivo subepitelial durante las siguientes citas de control, la primera de ella a los 7 días post operatorios, 1 mes y 2 meses donde se logró observar todo el proceso de cicatrización de la paciente y como actuó el injerto de tejido conectivo durante el mismo, el cual los primeros días se encontraba de un color blanquecino y no estaba cubierto totalmente, sin embargo, con el transcurso de los días se logró observar la adaptación del mismo de manera correcta y fue cubierto por el tejido de la encía, para así lograr la cobertura de la recesión gingival presente en el área.

Durante estas citas se mantuvo en control la cicatrización del tejido así como se realizó un breve interrogatorio verbal sobre las molestias o complicaciones donde la paciente manifestó que no presento dolor, destacando solo la presencia de un poco de inflamación los primeros días, logrando así la evolución satisfactoria de la cirugía periodontal con tejido conectivo. De acuerdo a lo anterior se puede afirmar que el uso de esta técnica fue realizado sin complicaciones o accidentes intra y post operatorios.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos y la información recopilada, tomando en cuenta la importancia de la investigación, podemos sugerir que se pueden realizar conferencias informativas para ampliar los conocimientos acerca de los tipos de recesiones gingivales y los tratamientos que se pueden realizar mediante diversos injertos y técnicas quirúrgicas para lograr el reposicionamiento de la misma, como es el caso de la técnica quirúrgica periodontal con tejido conectivo subepitelial.

De esta manera, tanto los estudiantes como los profesionales odontólogos puedan diagnosticar y lograr ejecutar un buen plan de tratamiento al momento de encontrarse con esta patología. Así mismo, educar a la población y hacer consciencia sobre la importancia de asistir periódicamente a la consulta odontológica para diagnosticar a tiempo en caso de que exista algún problema periodontal. Así como también, informarle acerca de las causas por la cual se genera la recesión gingival y cómo podríamos evitarla y cuáles son sus consecuencias a largo plazo destacándose entre una de las más importantes la pérdida de la unidad dentaria.

De esta manera, se sugiere que al momento de realizar esta técnica es de gran importancia que el paciente se encuentre consciente del procedimiento que se va a realizar al momento de intervenirlo quirúrgicamente, sobre los cuidados postoperatorios que debe realizar, así como algunas molestias que puede sentir horas después de la cirugía. Es indispensable esperar el periodo de cicatrización el cual puede variar en cada paciente por lo que el mismo debe cumplir correctamente con los cuidados post-operatorios así como asistir a los controles establecidos para la obtención de mejores resultados, tomando en cuenta todo lo establecido con anterioridad en este caso la mejora de la técnica de cepillado y mantener una buena higiene bucal. De parte del operador, es importante que exista una buena asepsia y antisepsia del área quirúrgica, al momento de la extracción de tejido conectivo del paladar se debe tener mucho cuidado al realizar el mismo, de la misma forma en el momento en el que se coloca el tejido en el área de la recesión se debe realizar con cuidado y lo más importante es momento de realizar la sutura, el tejido de la encía debe quedar cubriendo en su totalidad el injerto no debe verse por ninguna abertura la sutura debe cerrar por completo el colgajo para que así el injerto pueda adaptarse de manera correcta.

Para finalizar se recomienda por parte del operador adaptarse a la nueva clasificación presentada, la clasificación de Cairo debido a que a través de esta tendrá más claro que factores y que características nos indicaran el tratamiento, así como para el área de pre-grado es necesario principalmente dar a conocer más a fondo el tema de las recesiones gingivales de forma teórica invitándolos a empezar por proyectos

investigativos que con el paso y mayores conocimientos lleven a poder adaptar esta propuesta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Newman M, Takei H, Klokkevold P, Carranza F. Periodontología clínica de Carranza. Novena edición. México: Editorial AMOLCA, Junio 2014. pag 15,16,17,26
2. Gómez M, Campos A. Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodenetal: México, Editorial Médica Panamericana. 3ª Edición. 2009. Pag: 10,11
3. Ham, A, Cormack D. Tratado de histología humana. Octava edición. México, Editorial Interamericana. 1987. Pag: 5
4. Dr. Jorge Ferrús. Noviembre 2019. ¿Cuántos tipos de encía existen y qué cuidados necesitan? [Documento en línea, consultado en noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.clinicaferrusbratos.com/encias/tipos-clases/>
5. Rossi N, Rossi G. lesiones cervicales no cariosas. Primera Edicion. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 2009. Pag: 95,96.
6. DENTAID S.L. Enero 2015. Blog salud bucal desgaste dental. [Documento en línea, consultado en Diciembre 2019]. Disponible en: <http://blogsaludbucal.es/es/articulo/152-desgaste-dental-abrasion-abfraccion-atricion-y-erosion-lesiones-no-cariosas>
7. Mooney J, Barrancos P. Operatoria dental integración clínica. Cuarta edición. Buenos aires: Editorial Panamericana 2006.

8. Ardila Medina C.M. Abril 2009. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. [Documento en línea, consultado en Diciembre 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852009000100005
9. Vicario-Juan, Mónica; Pascual-La Rocca, Andrés; Vives-Bonet, M^a Teresa; Santos-Aleman, Antonio. (2006) Técnicas de cirugía mucogingival para el cubrimiento radicular. [Documento en línea, consultado en Diciembre 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000100004
10. Luis Fang Mercado, Carmen Sierra Barrios, Alejandra Herrera Herrera, Carlos Leal Acosta, Antonio Diaz Caballero. Diciembre 2011. Injerto de tejido conectivo en recesión gingival de incisivo mandibular. [Documento en línea, consultado en Diciembre 2019]. Disponible en: <file:///C:/Users/Eduardo%20Largo/Downloads/Dialnet-InjertoDeTejidoConectivoEnRecesionGingivalDeIncisi-3903233.pdf>
11. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. J Periodontol. 1985. Pag: 715,720.
12. Dr, Dario Vieira, Clinicas Prodental SL. Diciembre 2019. Documento en línea, consultado en Diciembre 2029. Disponible en: <https://www.prodental.es/periodontitis/recesion-gingival/>

13. Isodoro Cortell, Dentailexpertise. Enero 2018. Diagnóstico y tratamiento de la recesión gingival. Documento consultado en Diciembre 2019. Disponible en: <https://www.dentailexpertise.com/es/diagnostico-y-tratamiento-de-la-recesion-gingival/546>
14. Cansesco Jiménez J. Cómo obtener una agradable sonrisa. México DF, 2002. Documento consultado en Diciembre 2019. Disponible en: <http://www.mipediatra.com.mx>
15. Haeri, Alireza; Serio, Francis G. Marzo 2000. Proceso quirúrgico mucogingival. 30 Issue 7. Pag: 475, 483. 9p.
16. Neves, F; Augusto, C; Mathias-Santamaria, I; Miguel, M; Ferraz, L; Casarin, R; Sallum, E; Tatakis, D; Santamaria, M. Ensayo clínico aleatorizado que evalúa el tratamiento de recesión gingival maxilar única con injerto de tejido conectivo y colgajo de túnel o trapezoidal: seguimiento de 2 años. J. Periodontol. 2019.
17. Gómez, A; Elegueta, R; Ibieta, C. Membrana de fibrina versus injerto conectivo como tratamiento de recesión gingival. Reporte de caso. Rev Clín Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2017.
18. Dávila, L; Sosa, L; Padrón, K; Arteaga, S; Olavez, D; Salem, S; Solórzano, E. Injerto gingival obtenido mediante ingeniería tisular para la cobertura de recesiones gingivales. Reporte de un caso clínico. Rev Mex Periodontol. 2017; 7 (3). Pag: 97,103.

19. Merijhon, G. Manejo y prevención de la recesión gingival. *Periodontology* 2000. 2016; 71 (1). Pag: 228, 242.
20. Garza, C. Tratamiento de la recesión gingival mediante el injerto de tejido conectivo subepitelial (Técnica de Langer y Langer) en pacientes con abfracciones, estudio longitudinal. Trabajo especial para obtener el título de Máster en Periodoncia. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2014.
21. Eley, B; Soory, M; Manson, J. Periodoncia. Sexta Edición. Editorial Elsevier. España. 2012.
22. Rossi; Cunibert De Rossi. Atlas de Odontología restauradora y periodoncia. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires. 2004.
23. Peña, M; Peña, L; Díaz, A; Torres, D; Lao, N. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. *Rev Cubana Estomatol.* 2008. Pag:45 (1)
24. Molina, E. Manejo de recesiones gingivales con injerto de tejido conectivo y técnica de tunelización. Tesis de grado para la obtención del título de Odontólogo. Universidad Internacional del Ecuador. 2012.
25. Quintanilla, C. Diagnóstico y tratamiento de recesiones gingivales unitarias. Trabajo de Grado para optar al título de odontólogo. Universidad Científica del Sur. 2017.
26. García, A; Bujaldón, A; Rodríguez, A. Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento. *Av Periodon Implantol.* 2015; 27(1). Pag: 19,24.

27. Saenz S, Propedéutica. Segunda edición. España: Editorial El Manual Moderno (2020)
28. Matos, R; Bascones, A. Tratamiento periodontal quirúrgico: Revisión. Conceptos. Consideraciones. Procedimientos. Técnicas. Av Periodon Implantol. 2011; 23 (3): 155-170.
29. Castro, R; Vargas, A. Tratamiento de recesiones gingivales mediante colgajo desplazado coronal modificado más injerto de tejido conectivo subepitelial. Serie de casos. Rev Mex Periodontol. 2012; 3 (1): 15-23.
30. Sarduy, L; González, Y; Barreto, E; Corrales, M. Tratamiento de recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo. Medicent Electrón. 2018; 22 (3)
31. Mendonza, S; Bascones, A. Consideraciones anatómicas durante la cirugía periodontal. Avances en Periodoncia. 2014; 26 (1)
32. Código de Deontología Odontológica XXXIX Convencion Nacional del Colegio de Odontologos de Venezuela (Internet). 1992. (Citado Mayo 2020). Disponible en: <http://www.elcov.org/ley2.htm>
33. Mosby. Diccionario Mosby Pocket de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Editorial Elsevier. Sexta Edición. Madrid, 2010.
34. Universidad de Salamanca. (2019) Dicciomed: Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. [Documento en línea, consultado en Febrero de 2020] Disponible en: <https://dicciomed.usal.es/>

35. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. Quinta edición. Editorial FEDUPEL. Caracas. 2011.
36. Hernández, Fernández, Baptista. Metodología de la investigación. Cuarta edición. México. Editorial McGrawHill. Pag: 201,202
37. Arias, F. El proceso de investigación. Tercera edición. Caracas. Editorial Orial. 2009. Pag: 55, 56
38. Sabino, C. El proceso de investigación. Primera edición. Caracas. Editorial Canapo. 1996. Pag: 109,110.

ANEXOS

Anexo A. Sistema de Operacionalización de Variables.

Objetivo General: Aplicar la técnica quirúrgica periodontal con tejido conectivo subepitelial para el tratamiento de pacientes con recesión gingival en la Universidad José Antonio Páez en el periodo enero-marzo 2020.					
Variables	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Instrumento	Items
Recesiones gingivales	Defecto de la encía cuando se ubica por debajo de la Unión Cemento Esmalte y produce la exposición radicular. Se tratan de un hallazgo clínico común tanto en pacientes con enfermedad periodontal incipiente hasta avanzada, como en pacientes sin enfermedad periodontal y una buena higiene oral.	Etiología	Factores mecánicos Enfermedad periodontal Trauma oclusal	Guía de observación	1
		Características clínicas preoperatorias	Color Tamaño Posición Consistencia Sondaje		2
		Diagnóstico según Miller	-Clase I de Miller -Clase II de Miller -Clase III de Miller -Clase IV de Miller		3

<p>Técnica quirúrgica periodontal</p>	<p>Son las diversas formas de abordaje a través del área quirúrgica para tratamientos periodontales. De acuerdo a Langer y Langer que fueron los primeros en describir el uso del injerto de tejido conectivo subepitelial, este procedimiento permite aumentar la cantidad de encía queratinizada, así como conseguir cubrimiento radicular</p>	<p>Procedimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Tipo de Anestesia -Instrumental -Tipo de Incisión en paladar -Abordaje quirúrgico del colgajo -Extracción de tejido conectivo -Incisión en encía -Abordaje quirúrgico del colgajo - -Posicionamiento del tejido conectivo - -Reposicionamiento del tejido sobre el injerto 	<p>4</p>	
		<p>Control post operatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Sutura -Cubrimiento total del injerto -Posición del tejido -Color de la encía -Firmeza del tejido -Consistencia 	<p>5</p>	

			del tejido		
--	--	--	------------	--	--

Fuente: Omaña y Valero (2020)

Anexo B. Historia clínica



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
ASIGNATURA (CIRUGIA)



HISTORIA DE CIRUGÍA BUCAL

Historia N° _____

Fecha: ____/____/____

Alumno responsable: _____ C.I: _____ Móvil: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Datos personales

Nombres:		Apellidos:		
Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento:		
C.I:	Edad:	Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Profesión:	Estado civil:
Color de la piel:				
Nombre del conyugue:				
Procedencia:				
Dirección de habitación:				
E-mail:				
Dirección de trabajo:				
E-mail:				
Teléfono habitación:		Teléfono trabajo:		Celular:
Referido por:				
Odontólogo anterior:				
Teléfonos:				
Nombre del representante legal:				
En caso de emergencia avisar a:				
Teléfonos:				

Dolor precordial, lipotimia, taquicardia, bradicardia, hipertensión, disnea, cefalea, mareos

Aparato Genitourinario

Incontinencia urinaria, dolor lumbar, hematuria, poliuria.

Sistema Endocrino

Poliuria, polifagia, hipertensión, nerviosismo, temblores, insomnio, pérdida o aumento de peso, intolerancia al frío o calor

Sistema Nervioso

Convulsiones, cefaleas, lipotimia, parestesia, vértigo, temblor

Sistema Músculo Esquelético

Deformidad articular, dolor articular, limitación de movimientos.

Peso: (kg.)	Talla: (M)	IMC:
-------------	------------	------

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca:	Normal 60 a 90 bpm
Tensión arterial:	Normal ≤ 80 mmHg / 120mmHg
Frecuencia respiratoria:	Normal 15 a 20 mov/min
Temperatura:	Normal $36.8 + 0.2$ °C

Exámenes de laboratorio:

**Declaro que todos los datos suministrados por mí son verdaderos
y me comprometo a informar cualquier alteración en relación a mi salud actual**

Valencia ___ de _____ 20__
Firma del paciente o Representante Legal

Antecedentes alérgicos

Antibióticos:

Analgésicos:

Anestésicos:

Alimentos:

Otros:

Embarazo:

Hábitos Tóxicos

Tabaco	Si	No	Cantidad :
Alcohol	Si	No	Cantidad :

Grupo sanguíneo: _____ Factor Rh _____

F. Medicación actual

G. Antecedentes Quirúrgicos

H. Antecedentes Quirúrgicos Odontológicos.

I. Interrogatorio por aparatos y sistemas.

Aparato Digestivo

Disfagia, náuseas, vómito, diarrea crónica, pirosis, hematemesis, Ictericia.

Aparato respiratorio

Obtención nasal, tos, asma, expectoración, disnea, cianosis, bronquitis, sinusitis

1. Medicación pre intra-post quirúrgica (Profilaxis antibiótica, antibiótico terapia)

2. Observaciones (Complicaciones, procedimiento diferido, interconsultas)

J-30400858-9



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
ASIGNATURA (CIRUGIA)



Escuela de Odontología
UJAP

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ portador (a) de la C.I. N° _____ a través de la presente declaro y manifiesto el buen uso de mis facultades mentales libre, espontáneamente y en consecuencia AUTORIZO al bachiller _____ y al /las Profesor/es _____ Más abajo identifico lo siguiente.

- 1_ he sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido/a por el /los especialista/s más abajo reseñado.
- 2_ he sido informado/a de las alternativas posibles del tratamiento.
- 3_ Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento médico Odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio médico y en general, cualquier método que sea propuesto en orden a las consecuencias de los fines proyectados y conocer el estado general de mi salud.
- 4_ Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos médicos y quirúrgicos, y que en mi caso la duración de estos fenómenos no está determinada, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la medicina no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías sobre el resultado exacto de los tratamientos proyectados.
- 5_ Además de esta información que he recibido, seré informado/a en cada momento y a mi requerimiento de la evolución de mi proceso, de manera verbal y/o escrita si fuera necesaria y a criterio del Odontólogo.
- 6_ Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al Cirujano Bucal a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que a su juicio estimase oportuna para la resolución, en su caso, de la complicación surgida.
- 7_ Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una higiene oral escrupulosa y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados.
- 8_ A continuación, me informan sobre las complicaciones que se pueden presentar en los procedimientos anestésicos: Dolor en los sitios de punción. Multipunciones vasculares, "Moretones" por punción vascular. Ruptura y/o extracción de piezas dentales. Lesión de las mucosas de la boca y/o nariz. Ronquera y/o dolor de garganta. Depresión respiratoria. Respuesta adversa a los medicamentos. Efectos anafilácticos. Adición de efectos indeseables. Imposibilidad para oxigenar adecuadamente al paciente. Aspiración de materiales contenidos en el estómago. Daño cerebral u orgánico, así como complicaciones severas que pueden provocar el fallecimiento.
- 9_ Doy mi consentimiento al Cirujano Bucal y al Alumno tratante de la Universidad José Antonio Páez que se designe a realizar el tratamiento pertinente **PUESTO QUE SE QUE ES POR MI PROPIO INTERES**, con el buen entendido que puede retirar ese consentimiento por escrito cuando así lo desee.

ACEPTO

Nombre, apellido del paciente o Representante legal

Nombre y apellido del Alumno

Nombre, apellido del Profesor tutor

C.I. _____

C.I. _____

C.I. _____

Valencia de _____ del 20 _____

Anexo C.



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



Guía de observación

Datos del paciente: Edad: Sexo:

Exámenes pre-operatorios:

Hematología ___ PT ___ PTT ___ UREA ___ CREATININA ___
VIH ___ VDRL ___

I PARTE:

1. Características clínicas preoperatorias:

COLOR: ROSA CORAL ___ BLANQUECINA ___ ENROJECIDA ___

TAMAÑO: FISIOLÓGICO ___ AUMENTADO ___

POSICIÓN: UCE ___ DEBAJO DE LA UCE ___

CONSISTENCIA: FIRME Y RESILIENTE ___ BLANDA ___

2. Etiología de la recesión gingival :

FACTORES MECANICOS ___ ENFERMEDAD PERIODONTAL ___

TRAUMA OCLUSAL ___

3. Grado de recesión según clasificación de Miller:

CLASE I ___ CLASE II ___ CLASE III ___ CLASE IV ___

4. Acto quirúrgico:

ANESTESIA	LIDOCAINA AL 2% CON EPINEFRINA
TIPO	1:80.000 ___

ABORDAJE QUIRURGICO DEL COLGAJO	INCISION EN PALADAR __
TIPO	TRAPEZOIDAL __NEWMAN__
EXTRACCION DEL TEJIDO CONECTIVO	OBTENIDO DE PALADAR__
ABORDAJE QUIRURGICO DEL COLGAJO	INCISION EN PALADAR__
TIPO	TRAPEZOIDAL__ NEWMAN__
POSICIONAMIENTO DEL TEJIDO CONECTIVO	UCE__
REPOSICIONAMIENTO DEL TEJIDO SOBRE EL INJERTO	UCE__
CUBRIMIENTO TOTAL DEL INJERTO	
INSTRUMENTAL UTILIZADO	PORTACARPULE__ MANGO DE BISTURI 15, HOJA N° __ PINZA PORTA AGUJA__

	AGUJAS__ PINZA DE DISECCION SIN DIENTES__ SUTURA 5-0__
--	---

5. Terapia farmacológica:

MEDICAMENTO	DOSIS

6. POST-OPERATORIO :

CONTROLES
7 DIAS: SI___ NO___ POSICIÓN DEL TEJIDO UCE_ POR DEBAJO DE LA UCE_ COLOR ROSA CORAL SI_ NO_ FIRME Y RESILENTE SI_ NO__ EVALUACIÓN CLÍNICA SATISFACTORIA SI__ NO__ EVOLUCIÓN SATISFACTORIA SI___ NO___
1 MES: SI___ NO___ POSICIÓN DEL TEJIDO SI_ NO_ COLOR ROSA CORAL SI_ NO_ FIRME Y RESILENTE SI_ NO_ CONSISTENCIA SI_ NO_ EVALUACIÓN CLÍNICA SATISFACTORIA SI__ NO__ EVOLUCIÓN SATISFACTORIA SI___ NO___
2 MESES: SI___ NO___

POSICIÓN DEL TEJIDO SI_ NO_

COLOR ROSA CORAL SI_ NO_

FIRME Y RESILENTE SI_ NO_

CONSISTENCIA SI_ NO_

EVALUACIÓN CLÍNICA SATISFACTORIA SI_ NO_

EVOLUCIÓN SATISFACTORIA SI___ NO___