

Carrera de Especialista en Periodoncia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

Liliana Elena Viviani

-2008-

**Rehabilitación Estética y Funcional
de una paciente mediante
Cirugía Plástica Periodontal e
Implantes.**

Nombre y apellido:

Liliana Elena Viviani

Lugar de residencia:

San Salvador de Jujuy

Directora de la Carrera:

Dra. Estela Ribotta de Albera

-2008-

PRESENTACIÓN DEL CASO

Estado periodontal actual

La paciente se presenta a la consulta por primera vez a la edad de 24 años, el 12 de abril de 1993. En ese momento era estudiante de la Carrera de Ciencias Económicas. Casada sin hijos. Manifestó que presentaba caries, retracción gingival y sensibilidad a nivel de los cuellos. En ese momento se diagnosticó, informó y motivó sobre técnicas de tratamiento enfatizando la higiene oral para evitar maximizar las retracciones gingivales que presentaba y se realizó el tratamiento de caries. Se mostró reacia a someterse a cirugías por lo que permaneció con controles periódicos programados entre 1994 y 2006. En el año 2002, por fallas en el tratamiento endodóntico fue realizada la extracción en el elemento 36, el cual presentaba perno y corona.

Como la inquietud constante de la paciente fue encontrar soluciones estéticas y disminuir la hipersensibilidad dental es que se le propuso un plan de tratamiento acorde a sus necesidades.

En la actualidad la paciente tiene 37 años, es viuda, con tres niñas y despliega una intensa actividad laboral y social.

En el aspecto actitudinal a través de los años demostró ser muy colaboradora, constante con sus hábitos de higiene bucal y cuidado personal rigurosos, tiene altos requerimientos estéticos, sistémicamente sana y no padece enfermedad periodontal. Por lo cual sus solicitudes fueron sometidas a análisis pertinentes.



FOTO N° 1- Se observa el perfil de la paciente.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es seleccionar técnicas para el tratamiento de recesiones gingivales múltiples, sumado a la reposición del diente 36 faltante coordinando los principios quirúrgicos de la Cirugía Plástica Periodontal y los de la Implantología.

Diagnostico Integral Periodontal.

Análisis clínico:

La paciente presenta el rasgo común de individuos con un elevado estándar de higiene bucal, agresiva pérdida de inserción y resección del tejido marginal en las caras vestibulares, acompañados por defectos en cuñas en área cervical de varios dientes. Las áreas afectadas por recesiones del margen gingival se encuentran limpias lisas y pulidas, mientras que otras presentan restauraciones. Se observa ausencia de encía insertada en varios elementos y el biotipo periodontal esta encuadrado como tipo II-¹



FOTO N° 2- Ilustra la sonrisa de la paciente

HISTORIA CLÍNICA

Nombre y Apellido [Redacted]		DNI [Redacted]
Estado Civil Viuda		Ocupación C.P.N.
Fecha de Nacimiento 15 de Julio de 1968.		Lugar de Nacimiento S.S de Jujuy -
Domicilio particular [Redacted]		
Tel. particular [Redacted]	Cel. [Redacted]	Tel. familiar cercano [Redacted]
e-mail -		
Dirección comercial -		Tel. comercial -
Cobertura de emergencia médica N° -		Tel. -
Obra Social N° 08-204350-5.02-		
Recomendado por Familiar.		
Motivo de la consulta Retraición de encías y falta de un elemento bucal		
Fecha de ingreso 01-12-06-		
Alerta Médico (en rojo) -		

HISTORIA MÉDICA

Marque con un círculo lo que corresponda: Sí o No

¿Está bajo tratamiento médico?				Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Toma algún medicamento?				Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Tuvo alguna enfermedad grave?				Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Ha sido intervenido/a quirúrgicamente?				<input checked="" type="radio"/> Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?				Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?				
Reumatismo	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Hepatitis	A - B - C	Si - <input checked="" type="radio"/> No
Artritis	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Epilepsia		Si - <input checked="" type="radio"/> No
Asma	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Cardíacas		Si - <input checked="" type="radio"/> No
Brucelosis	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Diabetes		Si - <input checked="" type="radio"/> No
Tuberculosis	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Renales		Si - <input checked="" type="radio"/> No
Anemia	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Gota		Si - <input checked="" type="radio"/> No
Venéreas (Ej: Sífilis)	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Chagas		Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Ha experimentado reacciones alérgicas a?				
Antibióticos	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Anestésicos		Si - <input checked="" type="radio"/> No
Yodo	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Dipirona		Si - <input checked="" type="radio"/> No
Otras				Si - No
¿Presenta alteraciones de la presión arterial?				Si - No
Hipertensión	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Hipotensión		Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Presenta enfermedades infecciosas a repetición?				Si - No
¿Presenta con frecuencia dolores de garganta?				<input checked="" type="radio"/> Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Es propenso a hemorragias?				Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Ha sufrido traumatismos en cabeza, cara o mandíbula?				<input checked="" type="radio"/> Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Está embarazada?	Si - <input checked="" type="radio"/> No	¿Está en período menopáusico?		Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Toma con frecuencia las siguientes drogas?				
Antibióticos	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Corticoides		Si - <input checked="" type="radio"/> No
Anticoagulantes	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Dilantina		Si - <input checked="" type="radio"/> No
Anticonceptivos	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Diuréticos		Si - <input checked="" type="radio"/> No
Antiinflamatorios	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Hormonas		Si - <input checked="" type="radio"/> No
Anorexígenos	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Sedantes		Si - <input checked="" type="radio"/> No
Aspirina	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Antiarrítmicos		Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Es operado de corazón?	Si - <input checked="" type="radio"/> No	¿Tiene prótesis cardíaca?		Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Sufre enfermedades nerviosas? (stress)				Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Ha estado o está actualmente bajo tratamiento psicológico?				Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Sufre de insomnio?				Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Tiene dieta especial?	Si - <input checked="" type="radio"/> No	¿Bebe alcohol?		Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Es fumador?	Si - <input checked="" type="radio"/> No	Cantidad	<input type="text"/>	
¿Desde que edad fuma?				Si - No
¿Es operado de nariz?	Si - <input checked="" type="radio"/> No	¿Es operado de garganta?		Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Respira por la boca?	Si - <input checked="" type="radio"/> No	¿Recibió reeducación respiratoria?		Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Ha recibido radiaciones en cabeza o cuello por tratamientos de tumores?				Si - <input checked="" type="radio"/> No
¿Advierte cambios en cantidad de saliva segregada?				Si - <input checked="" type="radio"/> No

Los datos consignados tienen carácter de declaración jurada

Apudación
Firma del Paciente

ENFERMEDAD ACTUAL

Fecha de iniciación: Hace 20 años aproximadamente
Síntomas iniciales: Sensibilidad en los cuellos de los dientes.
Medicación efectuada: FLUOR.

Antecedentes Odontológicos

Ha recibido anestesia? Si Antecedentes de hemorragias NO -
Causa de extracciones? Caries. Corona - Problemas Endodónticos.

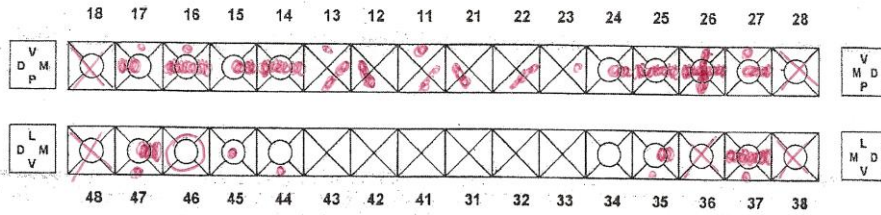
Abscesos	NO	
Halitosis	NO	
Movilidad dentaria	NO	
Sangrado	NO	
Dolor	NO	
Antecedentes de pérdida dentaria		<u>Caries. Corona - Problemas Endodónticos</u>
Tipo de cepillo que utiliza		<u>Bathur - 311.</u>
Frecuencia de cepillado		<u>Después de C/ comida - al salir.</u>
¿Usa hilo dental?	<u>Si</u>	

Manifiesto que lo declarado es verdadero y doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento.

[Firma]
Firma y aclaración del paciente

[Firma]
Firma del profesional y nº matrícula

Examen Dental y Determinación del Riesgo Cariogénico



Registro de Hidratos de Carbono

- ¿Qué desayuna? CAFÉ C/ LECHE O TÉ -
- Azúcar SI
- ¿Qué come o toma entre el desayuno y el almuerzo? CAFÉ C/ Galletitas dulce
- Azúcar SI
- ¿Qué almuerza? VARIADO SIN POSTRES Y CON FRUTAS - AGUA
- Azúcar NO
- ¿Qué come o toma entre el almuerzo y la merienda? TE C/ Galletas
- Azúcar SI
- ¿Qué merienda? NADA
- Azúcar -
- ¿Qué come o toma entre la merienda y la cena? NADA
- Azúcar -
- ¿Qué cena? VARIADA
- Azúcar NO
- ¿Come o toma algo después de la cena? NADA
- Azúcar -
- Si se despierta de noche, ¿toma o come algo? NO
- Azúcar -
- ¿Hay días especiales en la semana con diferente menú? AVES C/ CASADORA
- Azúcar SI

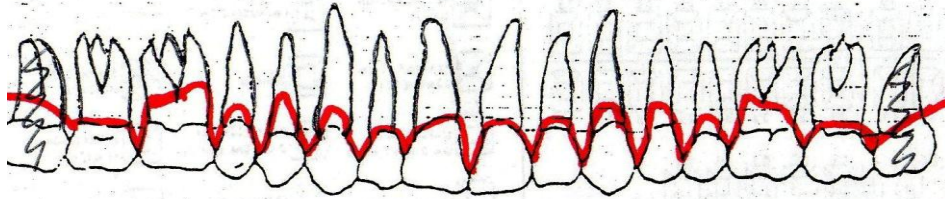
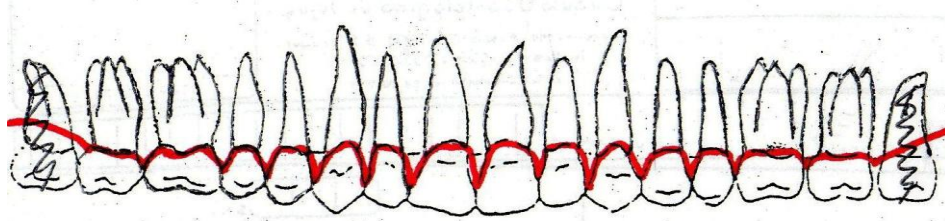
Para ser completado por el profesional

Momentos de azúcar diarios totales: 3 Momentos de azúcar entre comidas: 2
 Momentos de almidón: 3 Momentos de bebidas erosivas: 3

¿Ha recibido tratamientos preventivos de caries? ¿Cuáles?
motivación - enseñanza de técnicas de HB -

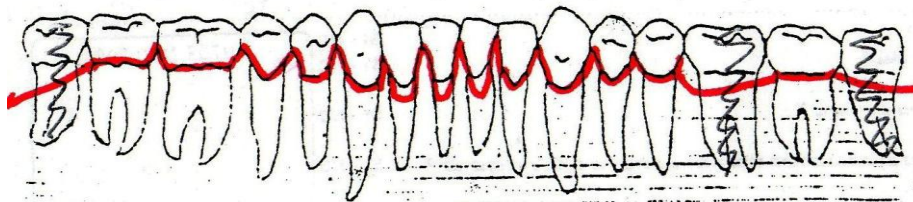
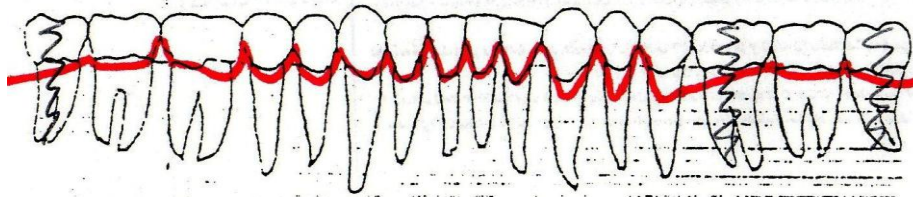
Determinación del riesgo cariogénico: moderado -

Examen Periodontal



Movilidad
dentaria

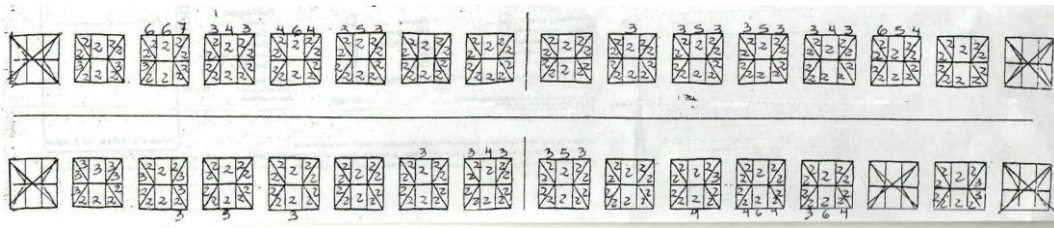
X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X
X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X



Diagnóstico clínico --inspección clínica

Al realizar el examen clínico periodontal debería ser evaluada la cantidad de tejido perdido e identificada la extensión apical de la lesión inflamatoria por ello registramos los siguientes parámetros:

- profundidad de sondaje**, efectuado con una sonda manual graduada, determinando la distancia desde el margen gingival al epitelio de unión;
- el nivel de inserción**, el cual expresa la distancia en mm desde el limite amelocementario hasta el fondo de la bolsa o surco.



- Profundidad de Sondaje (PS): registrado en el interior de los cuadrantes.
- Nivel de Inserción (NIC): registrado en el exterior de los cuadrantes.
Solo fueron transcritos los valores de NIC en casos de detectarse pérdida de inserción.

Fueron diagnosticadas lesiones por caries en distal y mesial del elemento 14; y en mesial y oclusal de 16.

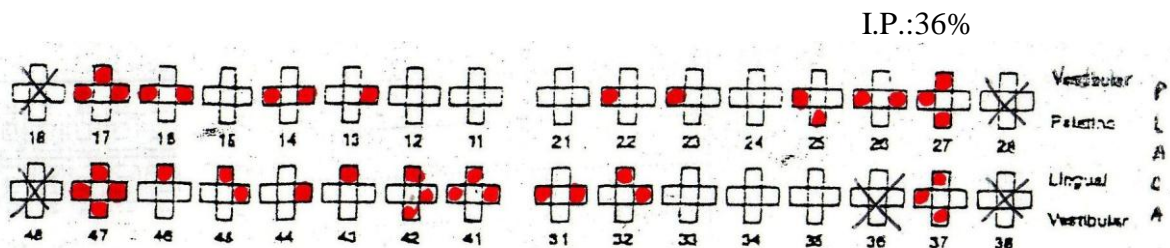
Presenta endodoncia en 16, 26 y 25 con oscurecimiento marcado de la corona y de la raíz de cada elemento. En 46 endodoncia, perno y corona.

La línea de sonrisa de la paciente presenta la particularidad **de mostrar mas de 3mm de área gingival en ambos lados en sectores posteriores con escasa apreciación en el sector anterior** (ver foto N° 2), **presentando un alto compromiso estético.**

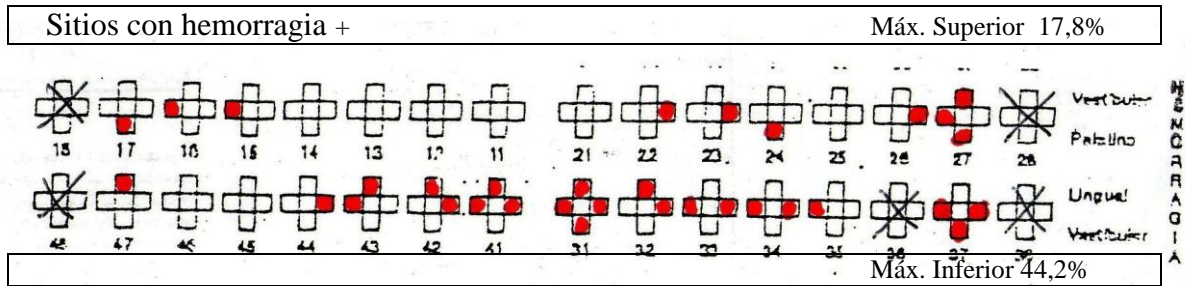
Estado de la higiene bucal

Registramos la ausencia o presencia de placa en cada superficie dentaria, teñidos con una solución reveladora.

El valor medio de placa bacteriana para la dentición se registra como porcentaje, siendo para el maxilar superior e inferior del 36 % respectivamente.



Sangrado al sondaje: Al introducir una sonda periodontal de punta roma en el fondo del surco gingival y moverla suavemente a lo largo de la superficie radicular, se determinan los valores pertinentes. Si el sangrado es positivo en el sitio examinado se considera que esta inflamado. El valor medio para Gingivitis esta dado por un porcentaje. En esta paciente el maxilar superior arrojó datos que traducen que sobre 56 superficies presentes solo sangraron 10 en el maxilar superior. El valor del índice de sangrado al sondaje para el maxilar superior es de 17,8 %. En el maxilar inferior sangraron 23 superficies de 52 con un índice de 44,2 %. Con porcentaje del 30,5% para superior e inferior.



Ficha para el registro de I de Hemorragia al sondaje.

Índice gingival de Loe y Siness

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
V	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
P	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
D	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1		
Índice Grupo 1:			Índice Grupo 2:			Índice Grupo 3:			boca =							
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
V	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
M	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
P	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
D	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
Índice Grupo 4:				Índice Grupo 5:				Índice Grupo 6:								

Diagnóstico clínico: *fuertes en 17-16-15-22-23-24-26-27-47-43-44*
 Justificación: *1* " *en 43-42-41-31-32-33-34-35-37*
No presenta bolsas periodontales mayores a 3mm.

Diagnóstico por Imágenes

Tipo de examen solicitado:

Rx periapicales – Rx seriadas – Ortopantomografía – TAC – Resonancia Magnética – Otros.

Diagnóstico: *Rx. periapicales - Seriado - TAC -*

Examen Complementario

Microbiológico

Inmunológico

Biopsia

Bioquímicos: *Hemograma completo - Cuajulograma - Glucemia.*

El examen clínico gingival comprendió cambios en el color, textura y tendencia del sangrado al sondeo. El sangrado al sondeo del fondo del surco gingival se asocia con la presencia de infiltrado celular inflamatorio en esa zona, por lo que es un indicador de la enfermedad. Frente al sangrado positivo se observó si la encía presentaba extensión apical de la lesión.



FOTO N° 3- Vista lateral derecha.
Imagen tomada con espejo.



FOTO N° 4- Vista lateral izquierda.
Imagen tomada con espejo.



FOTO N° 5- Vista palatino lado derecho.



FOTO N° 6- Vista palatino lado izquierdo.



FOTO N° 7- Vista lingual lado derecho.



FOTO N° 8- Vista lingual lado izquierdo.



FOTO N° 9- Vista palatino anterior.

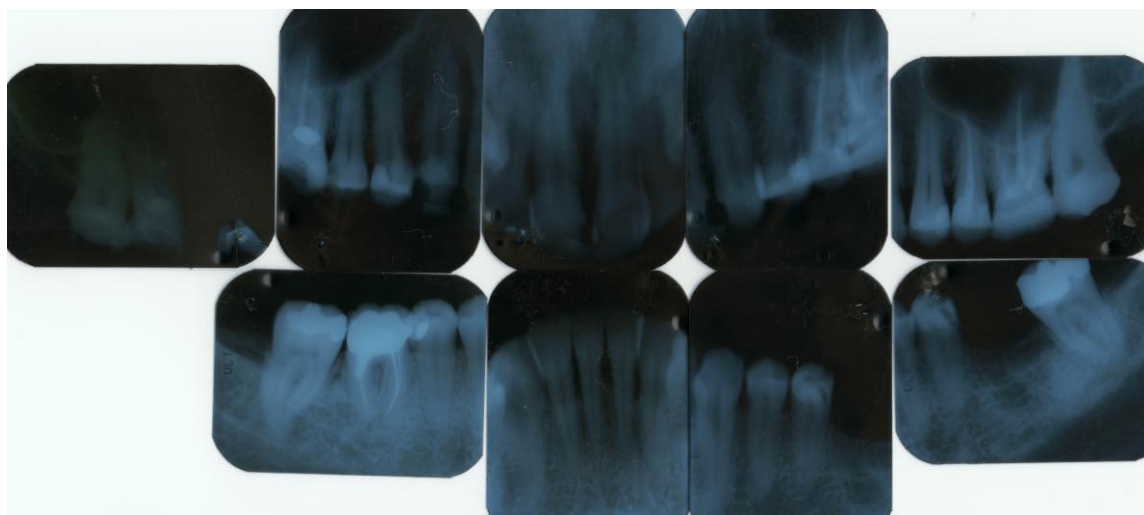


FOTO N° 10- Vista lingual anterior.

Análisis radiográfico

En las radiografías fue examinado la altura del hueso alveolar, la continuidad de la cresta ósea y la altura y el perfil del hueso alveolar ínter proximal.

RX



La evolución no mostró pérdidas de altura ósea interproximal. En la brecha correspondiente al diente 36 se aprecia el alveolo con diversos grados de radiodensidad.

Diagnostico Periodontal

La información obtenida del examen periodontal permitió la obtención del diagnóstico individual de cada elemento dentario.

Gingivitis, fue considerada cuando uno o varios sitios alrededor de un elemento dentario sangraron al sondaje sin presentar pérdida de inserción clínica, ni profundidad de bolsa al sondaje y al análisis radiográfico no evidencian pérdida del nivel óseo alveolar.

Gingivitis en: 17,16,15,22,23,24,26,27,47,44,43,42,41,31,32,33,34,35y37

Periodontitis: Inflamación gingival, con o sin sangrado al sondaje, con resistencia reducida de los tejidos peridontales al mismo, pérdida de inserción y pérdida de hueso alveolar.

Puede haber hipertrofia o retracción de la encía, lesión de furcación, aumento de la movilidad, desplazamiento y exfoliación dentaria.

Periodontitis: es de destacar que en la actualidad la paciente no presenta este tipo de enfermedad.

Recesión del margen gingival: es decir el desplazamiento del margen de los tejidos blandos hacia apical superando la conexión cemento adamantina, se valora mediante sondaje desde el límite amelo -cementario (LAC) al margen gingival; mostró exposición de la superficie radicular, en el maxilar superior, en los dientes: 16 en el cual se midió 5 mm de pérdida tisular, en 15 de 2mm; en 14 de 4mm y en 13 de 3mm el cual presenta restauración de clase V de resina compuesta.

Por el lado opuesto se observó en el elemento 22 recesión gingival de 1mm; en 23, de 3mm; en 24, de 3mm; en 25 de 2 mm; en 26 de 4 mm.

En el maxilar inferior hubo recesiones del tejido marginal en vestibular en 46 de 1mm, 45 de 1mm, en 35 de 4mm, en 34 de 4mm, en 33 de 2mm; por lingual en 42 de 1mm, en 41 de 2 mm y en 31 de 3mm.

Diagnóstico final

Recesiones gingivales múltiples -
Ausencia de elemento 36 -

Individual:

Diagnóstico	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Gingivitis		x	x	x	-	-	-	-	-	x	x	✓		x	x	
P. Leve																
P. Moderada																
P. Avanzada																
Gingivitis		x	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	
P. Leve																
P. Moderada																
P. Avanzada																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Pronóstico

General: Sin tratamiento: *Continuar con sensibilidad. Perseguir equilibrio oclusal*
 Postratamiento: *Buena* *oro - (36)*
 Rehabilitador: *Buena*

Análisis clínico funcional.

1. La apertura bucal: ¿cuánto abre?, 40 mm . (normal: 40-50mm)
¿Cómo abre? En línea recta. Nos dice que el sistema muscular no está afectado porque sigue un patrón ↑↓
2. Cierre.
3. Durante el cierre bucal en relación céntrica se observa que no coincide la oclusión céntrica con la oclusión habitual.
4. Patrones de deglución: normales
5. Registros para montaje en articulador, fue realizado en relación céntrica, donde el cóndilo mandibular se situó en la parte más alta y media de la cavidad glenoidea y al efectuar el registro no hizo contactos dentarios. Modelos seccionados de Kennedy.
6. No presenta pérdida de la dimensión vertical.
7. La paciente manifestó que siendo adolescente se le colocó una coronita metálica estampada a nivel más apical que los dientes vecinos en el elemento 46, lo que permitió la gran extrusión del elemento 16. Del otro lado, el elemento 26 también presenta gran extrusión

Análisis de los modelos montados en articulador.²

I) Estático: se observa con referencia a los tres planos del espacio, frontal, sagital y oclusal.

Sector 1: incisivos inferiores apiñados, los centrales vestibulizados, faceta en borde incisivo de 41, los cuatro incisivos levemente extruidos, caninos en buena posición.

Sector 2: incisivos superiores, no presentaron buena alineación tridimensional apiñados. Los caninos ligeramente rotados.

Maxilar superior atresico, paladar alto.

Sector 3: elemento 45 ligeramente rotado, elemento 46 corona de porcelana con cara vestibular acortada, lo que permite extrusión de 16, elemento 35 ligeramente rotado y extruido, elemento 36 ausente, elemento 37 mesializado.

Sector 4.: elemento 15 extruido y hacia la línea media, elemento 16 pérdida de anatomía oclusal y extruido. La altura de la cara vestibular de la corona anatómica de **16** fue reducida casi a la mitad para mantener el plano oclusal, lo cual fue posible porque el elemento presentaba endodoncia. Presenta parte de la cúspide MV y ausencia de cúspide DV por lo que queda **expuesto el tercio cervical de las raíces**, elemento 25 extruido ligeramente, elemento **26** pérdida de anatomía oclusal, obturado con resina compuesta, extruido, altura vestibular de la corona anatómica reducida, queda **expuesto el tercio cervical de las raíces**.

Cambios de alineación tridimensional por hábitos: desplazamiento del sector posterior del maxilar superior derecho hacia la línea media.

Facetas: sobre cúspides MV, DV y fosa central de 47; fosa central amalgama en 37; fosa central en amalgama de 27 y en resina de 17.

Giroversiones: ligeramente girados 35y 45

II) Dinámico – funcional

a) Dientes anteriores en céntrica

1) Se retira los cuadrantes posteriores y se registra la dimensión vertical anterior en Oclusión en Relación Céntrica.

2) Se observa variables en caninos a) Sin contacto b) Contacta solo uno. c)

Contacto bilateral. La variable en caninos es un contacto bilateral.

Análisis del levante del vástago incorporando cuadrantes posteriores.

Se quita 1 cuadrante y se observa si llega el vástago, en caso de ser afirmativo, el problema está sobre el otro cuadrante.

Colocado el cuadrante izquierdo inferior, el vástago se mantiene separado de la platina en 2mm. El elemento 37 se encuentra mesializado.

Colocado el cuadrante derecho inferior, el vástago se mantiene separado 0,5mm. El elemento 45 rotado.

b) Dientes anteriores en excéntrica: 1) Se retira los cuadrantes posteriores y luego se realiza el análisis de contactos en protusiva y en lateralidad.

Protusiva: contacto bilateral y simultáneo.

Lateralidad izquierda: comienza la desoclusión el canino, pero finaliza el lateral

Lateralidad derecha: comienza el canino y finaliza la desoclusión el lateral.

c) Dientes posteriores en céntrica: 1) Se repone los cuadrantes posteriores.

Se analiza magnitud de discrepancia entre O.R.C. y O.H. Vertientes que interfieren: de los elementos 37 y 27 – 45 y 15.

Lado izquierdo discrepancia de 0,5mm entre maxilar superior e inferior, lado derecho coincide.

Línea media coincide. Partiendo de la llave canina la relación es cúspide fosa-diente a diente.

d) Dientes posteriores en excéntrica: 1) Se retira la guía anterior y un cuadrante posterior 2) análisis de Función de Grupo posterior en el cuadrante colocado (Lado de Trabajo) 3) repetir la operación en el Lado de no Trabajo (contactos balance). Se repite la operación del lado contrario.

Se colocan todos los cuadrantes y se evalúa la cantidad y calidad de desoclusión. La desoclusión del lado derecho con interferencia en el lado de balance. Desoclusión de lado Izquierdo no es pareja por elemento 35 extruido.

La variante que se presenta es una guía anterior incorrecta y dientes posteriores desalineados.

Luego del análisis se enviarán los modelos al laboratorio para el encerado de diagnóstico. Este procedimiento es apto para el análisis y la planificación de la terapéutica de la Rehabilitación Integral y devolver el elemento ausente mediante la instalación de un implante.

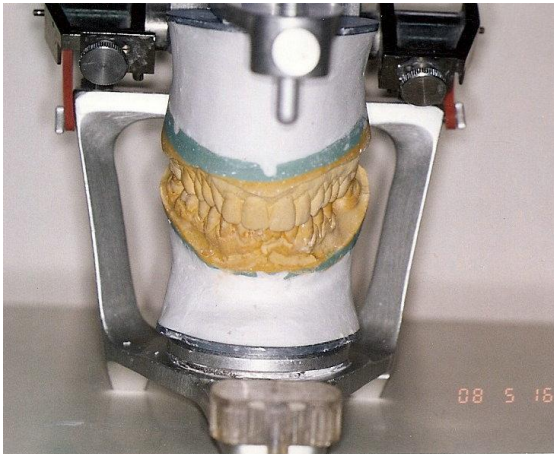


FOTO N° 11- Montaje en articulador vista frontal.



FOTO N° 12- Montaje en articulador vista lateral. Modelo seccionado de Kennedy.

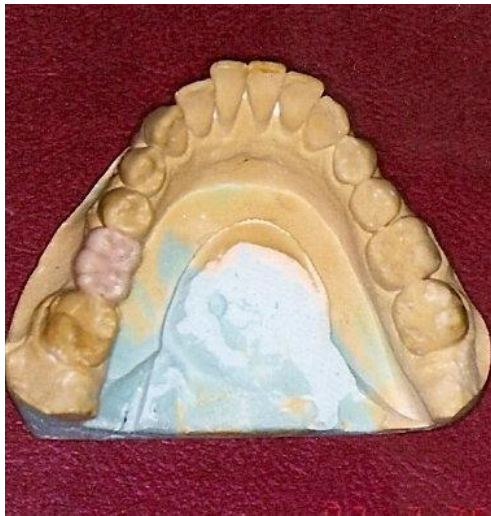


FOTO N° 13- Encerado de elemento 36. Para la confección de la guía quirúrgica.

Plan de tratamiento

Nuestro objetivo principal fue devolver a la paciente estética y función. Por lo que debimos definir los parámetros de los resultado que queríamos conseguir.

- 1) resolución de la Gingivitis y modificación de la técnica de Higiene Oral.
- 2) cepillado atraumático
- 3) estética satisfactoria.
- 4) función – mediante reposición del elemento 36 ausente y adecuación del área involucrada.

Terapia inicial causal

Fué realizada primeramente cuando la paciente concurreo al consultorio en el año 1993. La reinstrucción sobre técnicas de higiene bucal y evaluación del control de placa, raspaje y alisado radicular fué mantenido durante 14 años. Se tratan caries, reemplazan obturaciones y se ajustan restauraciones desbordantes. Se recomienda tratamiento con fluoruro.

Reevaluación

Se realizó el control de la eliminación del biofilm supragingival. Se remotivó, se indicó una técnica de Higiene Oral tratando de minimizar las recesiones presentes utilizando cepillos blandos e hilo de seda dental.

Fueron obturadas las lesiones cariosas.

Medidas correctoras

Debido a cambios de circunstancias de vida actual de la paciente, viuda 3 hijas empresaria con amplia actividad social y de relación, sus requisitos cambiaron radicalmente priorizando la estética.

Se ofrece cirugía de cobertura radicular con técnica de Langer y Langer (1985), cirugía de cobertura radicular de Zucchelli y De Sanctis (2000) y la colocación de un implante en zona del elemento 36.

Terapia de mantenimiento

Para prevenir la recidiva del problema la paciente continuó concurrendo a visitas de control las que contaran con:

- 1) Supervisión profesional de técnica de Higiene Oral.
- 2) Topicaciones con fluoruros.
- 3) Control periódico de las obturaciones y del implante.

Estas visitas se programaron: al mes de la cirugía y luego cada tres meses.

Presentación del caso al paciente

Se debe tener en cuenta si la necesidad subjetiva de estética de la paciente coincide con el tipo de tratamiento odontológico ofrecido. Es un objetivo principal el que la paciente comprenda que sus requerimientos estéticos y funcionales son interpretados ya que las exigencias varían mucho de una persona a otra.

Se le explicó en que consistía el tratamiento, el cual incluiría cirugías, en las que debía disponer del tiempo y cuidados postoperatorios necesarios.

Fueron explicadas con claridad las posibilidades biológicas, debido a que las expectativas del paciente se basaran en la obtención de un tejido de forma, color y textura agradable.³

De acuerdo al diagnóstico individual de cada zona afectada se presentó al paciente el siguiente plan de tratamiento:

Procedimientos técnicos de Cirugía Plástica Periodontal para reducir las recesiones presentes una sin otra con injerto gingival y la colocación de un implante dental en reemplazo del elemento 36 ausente.

Evaluación del paciente: colaboradora, con buenos hábitos de higiene y con deseos de incrementar su autoestima. Se deben tener presente los condicionamientos psicoanalíticos y sociales.

Toma de decisiones: La elección de las técnicas fue realizada luego de analizar los factores referidos a los sitios a intervenir, al paciente y a los datos aportados por los conocimientos científicos.⁴

Evaluación del defecto: en el lado izquierdo, la zona a intervenir fue la de los elementos 23,24 y 25.

El tamaño de los defectos en sentido verticales se encuentra dentro de los superficiales el elemento 25 (< 3mm) y 23 -24 dentro de los moderados (3-5mm). En sentido horizontal: angostos no sobrepasan los 4,5mm. Tamaño de papilas: delgadas y altas. Dada la extensión de la zona a intervenir, el tamaño del injerto y debido a la extrusión, el elemento 26 no fue incluido en la cirugía.

En el lado derecho: la zona a intervenir: elementos 13 14 y 15. El tamaño de los defectos en sentido vertical, en 13 y 14 moderado (3 a 5mm); en 15 superficial (< 3mm). En sentido horizontal defectos angostos. El tamaño de las papilas: delgadas y altas. Zona dadora con poco espesor. Se optó por el colgajo desplazado coronal. El Elemento 16 no fue incluido en la cirugía, el límite amelo-cementario se encontraba desplazado oclusalmente por la gran extrusión que presentaba.

Elección de la técnica: Estuvo basada en conocimientos científicos: trabajos de investigación, reporte de casos clínicos y revisiones sistemáticas. Fueron consideradas varias técnicas, sus resultados y conclusiones en los que se recomienda que cuando la cobertura radicular esta indicada, los injertos de tejido conectivo, los colgajos avanzados coronariamente y la regeneración tisular guiada pueden ser usadas.⁵ Sin embargo, los injertos de tejido conectivo fueron significativa y estadísticamente superiores a la regeneración tisular guiada para mejorar la recesión gingival. El uso de membranas no mejoró significativamente ni estadísticamente la cobertura radicular comparada con el colgajo avanzado coronalmente. Hay solamente datos limitados que respaldan el uso de los injertos gingivales libres y el colgajo posicionado lateralmente. La completa cobertura radicular es un resultado infrecuente con cualquiera de las dos últimas técnicas.

Una vez comprendidas las explicaciones pertinentes la conformidad de la paciente fue plasmada en forma escrita.

Consentimiento Informado

PACIENTE _____ HC N° _____
FECHA _____ TRABAJO A REALIZAR Cobertura Radicalar. con
tecnicca. de Colgajo desplazato coronal. con Injerto de
tejido conectivo subepitelial.
TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS: colgajo desplazato coronal.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE: *He recibido una explicación clara sobre el plan de tratamiento, se me permitió realizar todo tipo de preguntas al respecto y se aclararon todas mis dudas. Se me explicaron las maniobras y procedimientos a ejecutar así como los materiales y/o medicación que se me debe administrar para su realización.*

REALIZADO: Fecha: el 9 de agosto. 2007.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR *[Firma]*
ACLARACIÓN _____
DNI N° _____

FIRMA DEL PROFESIONAL *[Firma]*

NECESIDAD DE CAMBIOS EN EL PROCEDIMIENTO INDICADO: Se deapitelizó
la zona dadora. para obtener el injerto.
RAZONES: Poco espesor en zona dadora. del paladar.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR *[Firma]*

FIRMA DEL PROFESIONAL *[Firma]*

INDICACIONES POS OPERATORIAS (Idénticas a las prescritas al paciente)

- 1) No Traumatizar el injerto: evitar desplazamientos.
protes o movimientos sobre la zona quirurgica.
- 2) Medicación = Analgesico Antibiotico. antiseptico.
- 3) Concurrio. a la fecha de control y retiro de suturas.

Día Hora

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR *[Firma]*
ACLARACIÓN _____
DNI _____

FIRMA DEL PROFESIONAL *[Firma]*

Nº

Consentimiento Informado

PACIENTE _____ HC N° _____

FECHA _____ TRABAJO A REALIZAR: 1) Cobertura Radicular, con técnica de Colgajo desplazado coronal.

2) Colocación de 1 implante en diente 36 -

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS: Técnica de Colgajo desplazado coronal con injerto de tej conectivo subepitelial.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE: *He recibido una explicación clara sobre el plan de tratamiento, se me permitió realizar todo tipo de preguntas al respecto y se aclararon todas mis dudas. Se me explicaron las maniobras y procedimientos a ejecutar así como los materiales y/o medicación que se me debe administrar para su realización.*

REALIZADO: Fecha: 06/03/08 -

J. P. Castioni
FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

Juy
FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN _____

DNI N° _____

NECESIDAD DE CAMBIOS EN EL PROCEDIMIENTO INDICADO: _____

RAZONES: _____

J. P. Castioni
FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

Juy
FIRMA DEL PROFESIONAL

INDICACIONES POS OPERATORIAS (Idénticas a las prescriptas al paciente)

1) No traumatizar la zona quirúrgica -

2) Medicación: Antibiótico, Analgésico, Antiséptico -

3) Concurrir al control y retiro de suturas -

Día Hora

J. P. Castioni
FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

Juy
FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN _____

DNI _____

N°

Marco teórico de Cirugía Plástica Periodontal

En el World Workshop in Periodontic en el año 1996 fué definido el término Cirugía Plástica Periodontal como los procedimientos quirúrgicos realizados para prevenir o corregir los defectos de la encía, mucosa alveolar o hueso causados por factores anatómicos, de desarrollo o traumáticos.⁶ Ellos son: aumento del reborde edentulo, remoción de frenillo con inserción anómala, aumento del área de tejido queratinizado, cobertura radicular, corrección de defectos de la mucosa peri implantar, aumento estético de la corona clínica, correcciones en la coloración gingival y reconstrucción de la papila interdental. (Consenso de informe de terapia mucogingival, 1996).

El estudio de la estética es fundamental para realizar tratamientos con Cirugía Plástica Periodontal.

La estética dental se da por medio del equilibrio de la composición facial, dento- facial, dental y gingival.⁷

Dentro de los factores que contribuyen a que el rostro muestre armonía es determinar la línea de la sonrisa como uno de los más importantes factores a tener en cuenta. La misma es una línea hipotética trazada a lo largo de los bordes incisales de los diente anteriores superiores que debe coincidir o correr paralela a la curvatura del borde interno del labio inferior.

El tipo de sonrisa ha sido identificado como baja, media, alta y muy alta (sonrisa gingival). Esto expresa la cantidad de exposición dental y gingival visible y depende de factores tales como el grado de contracción de los músculos de la expresión, nivel de los tejidos blandos, forma y desgaste de los dientes. El cenit, que es el punto más apical de la encía marginal libre en relación con el eje vertical del diente también debe ser localizado, observando la posición de cada diente.

La paciente presenta un tipo de sonrisa media: en donde en expresión máxima, muestra parte de los dientes y la encía interproximal de ambos sectores laterales superiores.

Requisitos de Cirugía Plástica Periodontal

Clasificación de Miller.

Clasifica las retracciones gingivales según la altura de la papila interproximal adyacente al área lesionada.³

Clase I: la retracción del tejido marginal no llega a la unión mucogingival. No hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental. Se puede prever el recubrimiento completo de la raíz.

Clase II: la retracción del tejido marginal se extiende o sobrepasa la unión mucogingival. No hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental. Se puede prever el recubrimiento completo de la raíz.

Clase III: la retracción marginal se extiende o sobrepasa la unión mucogingival. Hay pérdida de hueso y tejido blando interdental apical a la unión amelo- cementaria pero coronal respecto al defecto de retracción. Se puede prever un recubrimiento parcial.

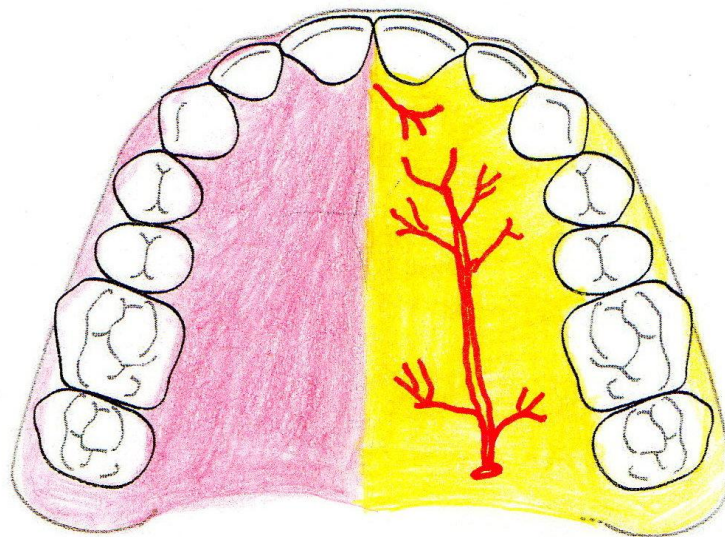
Clase IV: la retracción marginal se extiende o sobrepasa la unión mucogingival. Hay pérdida de hueso y de tejido blando interdental apical al nivel de retracción. No se puede prever el recubrimiento radicular.

Observación de la anatomía del paladar: Análisis del sitio donante en técnicas de injertos gingivales.

El estudio anatómico de la zona a intervenir del paciente es de fundamental importancia. Esto permitirá indicar o contraindicar una técnica quirúrgica. Se realiza con el examen clínico detallado y con la ayuda de modelos de estudio, donde se destacan las estructuras anatómicas internas tales como las emergencias de los paquetes vasculonervioso. En los modelos pueden ser planificadas las incisiones necesarias.

El paladar comprende el techo de la cavidad bucal; se divide en paladar duro, zona anterior y otra posterior, paladar blando.⁷ El paladar duro esta formado por las apófisis palatinas de los huesos maxilares y palatinos. Detrás de los incisivos centrales se encuentra la fosa incisiva que se continúa por un canal que se bifurca y termina en las fosas nasales a ambos lados de septo medio. Presenta las arterias palatinas o naso palatinas y el nervio naso palatino. Por detrás en la unión del paladar duro y el reborde alveolar, cerca del borde posterior del maxilar y junto al borde distal del último alveolo se encuentra el orificio palatino mayor por donde emerge el nervio palatino mayor y la arteria palatina mayor, rama de la palatina descendente. Sigue un trayecto anterior en dirección a la línea media en un surco que se dirige a la línea media.

En esa zona el techo del paladar forma un ángulo recto con el proceso alveolar y la mucosa una curvatura más suave, se forma así una sección triangular donde se encuentran los nervios y vasos palatinos mayores cubiertos por tejido conjuntivo.



Esquema de la emergencia del nervio y arterias palatinas mayores
En dirección del agujero nasopalatino.

En los estudios anatómicos del paladar, se observa una variación significativa de la profundidad del paladar duro, medida desde los vasos y el nervio palatino mayor, al límite amelocemético de los PM y Molares.

Al paladar se lo clasificó en profundo medio y superficial. Las medidas van de 7 a 17 mm. En los paladares medianos y profundos el tejido conectivo es suficiente para la extracción quirúrgica del tejido subepitelial evitando lesionar el paquete vasculo-nervioso.⁷

En los casos de injertos de tejido conectivo o mixto el respeto por la anatomía reviste vital importancia para evitar morbilidad en el sitio donante.

En cuanto al grosor, se utiliza la zona de premolares situada entre el canino y la raíz palatina del primer molar. Zona que permite la extracción de tejido conectivo subepitelial adecuado. Para poder saber que grosor presenta el área, al anestesiarse miramos cuanto penetra la aguja hasta el hueso, o colocamos un tope de goma en una sonda periodontal.¹

Tratamiento de la superficie radicular expuesta

La superficie radicular que va a recibir cobertura debe quedar sin placa bacteriana. Se usa una taza de goma con pasta de pulir y se realiza un alisado radicular.

Los estudios clínicos controlados no han demostrado diferencias en dientes a los que se le realizó alisado radicular o los que solo fueron pulidos.⁸ Se recomienda el aplanamiento radicular cuando la raíz es prominente, para disminuir la superficie avascular en contacto con el injerto o por presencia de caries. Las obturaciones a ese nivel deben retirarse antes de realizar la técnica de cobertura radicular.

Las áreas de superficie no expuestas de anatomía ósea con dehiscencias no fueron instrumentadas para evitar perjudicar algunas fibras de tejido conectivo todavía insertadas en el cemento de la raíz.

Los estudios clínicos controlados no lograron mostrar efectos beneficiosos significativos respecto a la biomodificación de la raíz con ácidos o tetraciclina.¹



FOTO N° 14- Raspaje y alisado radicular.



FOTO N° 15- Aplicación de clorhidrato de tetraciclina.

Técnica Quirúrgica

Cirugía de cobertura radicular para dientes 23-24 y 25 con recesiones gingivales tipo I de Miller.

La primera cirugía fué realizada el día 9 de agosto de 2007.

Técnica: de Langer y Langer modificado. (Injerto de tejido conectivo subepitelial para cobertura radicular en sitios múltiples o aislados.).⁹

- 1) **Preparación del sitio receptor:** con una hoja de bisturí 15c se realizó una incisión horizontal en la superficie vestibular del tejido interdental a cada lado de los dientes a tratar. La incisión horizontal se ubicó al nivel del LAC coronal al recubrimiento que se deseaba obtener y se conectó por medio de incisiones surculares en la zona de los defectos gingivales.
- 2) Después fueron efectuadas dos incisiones verticales divergentes, partiendo de las incisiones horizontales en el extremo mesial y distal del área quirúrgica, las que se extendieron más allá de la línea mucogingival.
- 3) Se preparó un colgajo de espesor parcial diseccándolo con el bisturí y se lo elevó hasta superar la línea muco gingival tratando de lograr así una posición coronaria final sin tensiones a la altura del limite amelocementario.
- 4) **Preparación del sitio donante:** Con la ayuda de un papel metálico (dry.foil) fué copiada la forma y tamaño y transferido del sitio receptor al paladar a la altura de premolares entre distal de canino y mesial de 26. En este caso como el grosor del tejido en esta zona era insuficiente se opto por des-epitelizar la zona con una piedra de diamante redonda N° 8. La disección por corte se realizo con un bisturí hoja 15c.
- 5) Una vez retirado el injerto se coloco en un baja lengua de madera donde se lo hidrato y se recortó adecuándolo a los requerimientos.
- 6) Luego se lo colocó en el sitio receptor y se comprimió con gasa estéril, se aseguró su posición con sutura reabsorbible (vicryl 5-0).
- 7) Se ubicó el colgajo en posición coronaria cubriendo el injerto y se suturó con mono-nylon 5.0 con puntos interrumpidos y suspensorios.
- 8) A la altura de la mucosa se realiza una sutura a periostio para asegurar la inmovilidad del colgajo durante los movimientos del labio.
- 9) Las suturas del sitio donante fueron retiradas a los 8 días y las del sitio receptor a los 15 días.



FOTO N° 16 Raspaje y alisado radicular



FOTO N° 17- Aplicación de clorhidrato de tetraciclina.



FOTO N° 18- Sitio receptor.



FOTO N° 19- Sitio donante.



FOTO N° 20- Sitio donante. Incisión



FOTO N° 21- Des-epitelización con piedra de diamante redonda N° 8.



FOTO N° 22- Injerto colocado sobre baja lengua para hidratación y recorte.

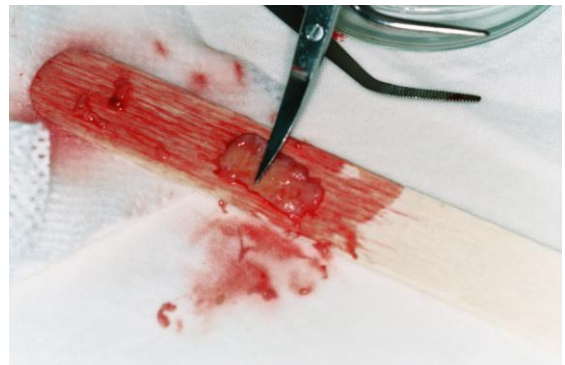


FOTO N° 23- Recorte del injerto.



FOTO N° 24 Suturas.
 Mononylon 5.0
 Polyglactina 3.0



FOTO N° 25- Colocación del injerto.



FOTO N° 26- Suturas: suspensorias, interrumpidas y de colchonero horizontal.

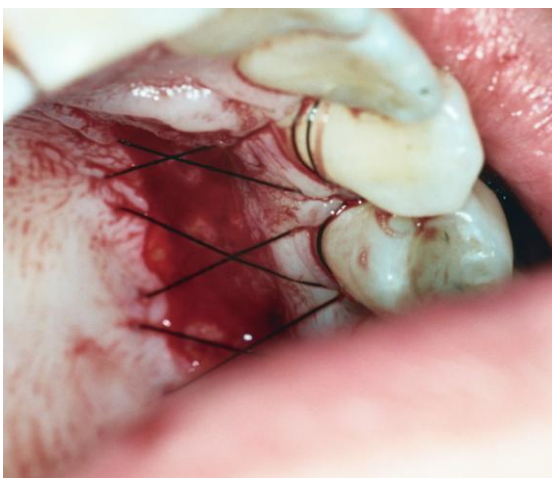


FOTO N° 27- Suturas, sitio donante.

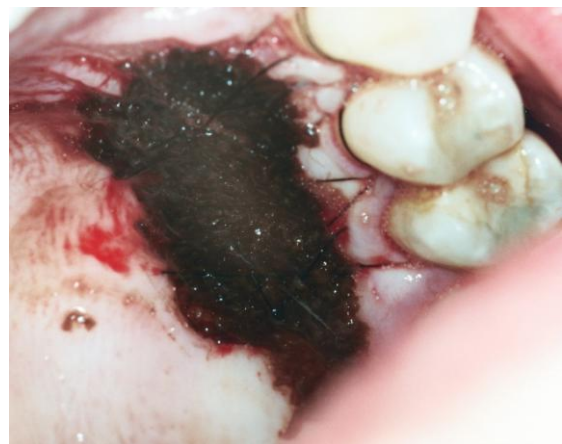


FOTO N° 28- Colocación de surgisel.

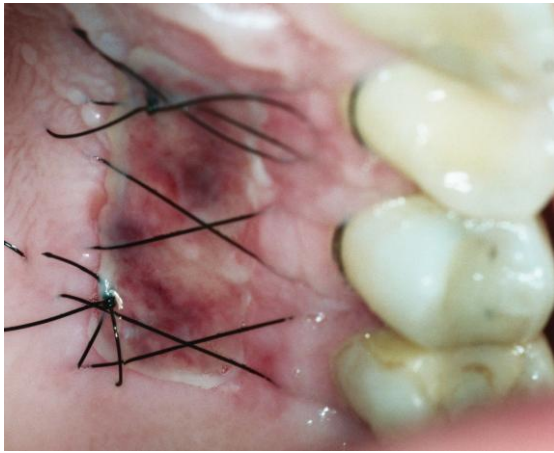


FOTO N° 29- Cicatrización a los 4 días, sitio donante.

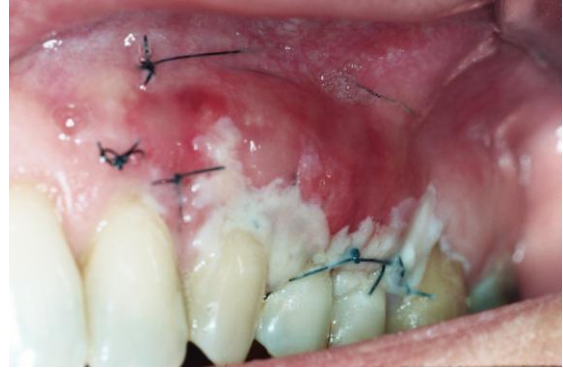


FOTO N° 30- Cicatrización a los 4 días, sitio receptor.



FOTO N° 31- Cicatrización a los 8 días.



FOTO N° 32- Cicatrización a los 8 días, Sitio receptor.



FOTO N° 33- Retiro de suturas.



FOTO N° 34- Cicatrización a los 11 meses Sitio donante.

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ATENCIÓN DE PACIENTES

ACTA ACUERDO DE SERVICIO DE SALUD BUCAL

CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN DENTAL

- 1- El paciente da por la presente, su consentimiento a tratamientos o procedimientos (los procedimientos invasivos requieren la firma de consentimientos especiales), examen radiográfico, fotografía intraoral, procedimientos de laboratorio, administración de anestesia local y otros servicios desarrollados bajo la supervisión de profesionales idóneos.
- 2- Se solicita al paciente realizar todas las consultas pertinentes a sus preocupaciones y expectativas para promover el máximo cuidado. Los riesgos y beneficios de los tratamientos sugeridos o alternativos se exponen de manera que el paciente pueda tomar una decisión en base a la información que recibe. De todas maneras, dada la variabilidad de las respuestas del paciente y eventuales limitaciones de tratamiento, no pueden darse garantías absolutas para ningún procedimiento.
- 3- Durante el tratamiento pueden suceder eventualidades que requieran nuevas prestaciones y costos adicionales.
- 4- El paciente, por la presente, certifica que se le han explicado, en lenguaje comprensible, las distintas alternativas terapéuticas para la resolución de su problema bucal, los riesgos, beneficios, alcances y limitaciones y costos de los procedimientos a efectuarse y que las ha entendido y aceptado.
- 5- Los valores de las prestaciones requeridas, el presupuesto total (que puede sufrir modificaciones si surgen nuevos requerimientos) así como los términos y condiciones de financiamiento y pago de los mismos se encuentran detallados y han sido aceptados por el paciente.



Firma y Aclaración del Prestador

D.N.I: 14.274.356 -

Fecha 09-08-07 -



Firma y Aclaración del Paciente

D.N.I: [REDACTED]

Fecha 09/08/07



Firma y Aclaración del Testigo

D.N.I: 22227143

Fecha 09/08/07

La segunda cirugía de cobertura radicular

Se realizó en el maxilar superior derecho, elementos 13-14 y15. Este procedimiento presenta un diseño de colgajo para el tratamiento de recesiones múltiples, que permite la adaptación adecuada del colgajo después de ser desplazado coronariamente, sin la realización de incisiones verticales liberadoras. El caso resulta apto porque posee papilas adecuadas y suficiente cantidad de encía apical a los defectos marginales. Tratamiento de Defectos Tipo Recesion Múltiple en Pacientes con Demandas Estéticas. Zucchelli y De Sanctis 2000.¹⁰

Técnica

1. Anestesia. Preparación mecánica de las raíces con curetas periodontales en las superficies vestibulares expuesta, debido a que en el elemento 13 tenía una obturación y por debajo de ella había tejido reblandecido. Luego se aplicó clorhidrato de tetraciclina.
2. En las áreas interdentes se realizaron incisiones oblicuas submarginales con hojas de bisturí Nº 15 c, las que se continuaron con incisiones intracreviculares en los defectos de recesion. El colgajo realizado revistió la forma de sobre.
3. Las incisiones se extendieron incluyendo un diente a cada lado de los dientes a ser tratados para facilitar la reubicación coronaria del colgajo.
4. Las incisiones oblicuas sobre el área interdental se realizan de forma que, las papilas creadas quirúrgicamente por mesial de la línea media del campo quirúrgico se disloquen coronalmente y hacia distal, mientras que las papilas situadas por distal de la línea media se desplacen hacia coronal y mesial.
5. Cada papila quirúrgica fué desplazada con respecto a la papila anatómica por las incisiones oblicuas interdentes submarginales, las papilas quirúrgicas mesial a la línea media del colgajo fueron desplazadas mas apicalmente y distalmente, mientras la papila distal a la línea media fueron desplazadas a una posición más apical y mesial.
6. Las incisiones interdentes oblicuas fueron transportadas manteniendo la hoja paralela a lo largo del eje del diente a fin de disecar con espesor parcial la papila quirúrgica.
7. El tejido gingival apical a la raíz expuesta fué entonces elevado con espesor total para proporcionar a la porción crítica del colgajo mayor resistencia.
8. Una disección de espesor parcial fué realizada por dentro, a la altura de la mucosa para facilitar el desplazamiento coronal del colgajo, por lo que se tiene un colgajo de espesor parcial- total- parcial. El adecuado desplazamiento coronal del colgajo resulta de la eliminación de tensiones de labio y músculos en la porción apical del colgajo.
9. El tejido remanente de la papila vestibular anatómica fue des-epitelizado, para crear lechos de tejido conectivo en donde serán suturadas las papilas quirúrgicas.
10. Durante el desplazamiento coronal, cada papila quirúrgica rotó hacia los extremos del colgajo (papila mesial a la línea media del colgajo rotó en dirección corono mesial mientras la papila distal del colgajo a la línea media se desplazó en una posición corono distal.
11. Posteriormente el colgajo fué desplazado coronariamente y cada papilas ubicada en el centro del área interproximal. A este nivel los tejidos deben mantenerse estables en forma pasiva incluso sin suturas.

12. Las suturas se realizan con la finalidad de conseguir adaptación precisa del colgajo bucal sobre las superficies de raíz expuesta y para estabilizar cada papila quirúrgica sobre el lecho del tejido conectivo interdental.
13. En el extremo apical se realiza una sutura de colchonero horizontal doble para reducir la tensión de los labios sobre la porción marginal del colgajo.



FOTO N° 35- Vista inicial.
Vista tomada con espejo.



FOTO N° 36- Aplicación de clorhidrato de tetraciclina.

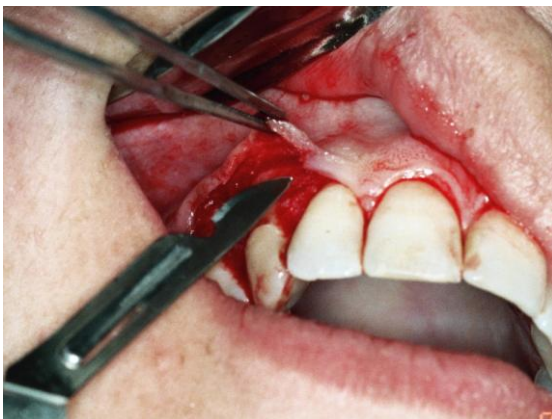


FOTO N° 37- Incisión.



FOTO N° 38- Desplazamiento coronal del colgajo.



FOTO N° 39- Posicionamiento coronal y sutura.




FOTO N° 40- Sutura concluida.

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ATENCIÓN DE PACIENTES

ACTA ACUERDO DE SERVICIO DE SALUD BUCAL


CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN DENTAL

- 1- El paciente da por la presente, su consentimiento a tratamientos o procedimientos (los procedimientos invasivos requieren la firma de consentimientos especiales), examen radiográfico, fotografía intraoral, procedimientos de laboratorio, administración de anestesia local y otros servicios desarrollados bajo la supervisión de profesionales idóneos.
- 2- Se solicita al paciente realizar todas las consultas pertinentes a sus preocupaciones y expectativas para promover el máximo cuidado. Los riesgos y beneficios de los tratamientos sugeridos o alternativos se exponen de manera que el paciente pueda tomar una decisión en base a la información que recibe. De todas maneras, dada la variabilidad de las respuestas del paciente y eventuales limitaciones de tratamiento, no pueden darse garantías absolutas para ningún procedimiento.
- 3- Durante el tratamiento pueden suceder eventualidades que requieran nuevas prestaciones y costos adicionales.
- 4- El paciente, por la presente, certifica que se le han explicado, en lenguaje comprensible, las distintas alternativas terapéuticas para la resolución de su problema bucal, los riesgos, beneficios, alcances y limitaciones y costos de los procedimientos a efectuarse y que las ha entendido y aceptado.
- 5- Los valores de las prestaciones requeridas, el presupuesto total (que puede sufrir modificaciones si surgen nuevos requerimientos) así como los términos y condiciones de financiamiento y pago de los mismos se encuentran detallados y han sido aceptados por el paciente.


Firma y Aclaración del Prestador

D.N.I: 14.374.356

Fecha: 06-03-08


Firma y Aclaración del Paciente

D.N.I: [REDACTED]

Fecha 06/03/08

Firma y Aclaración del Testigo

D.N.I:

Fecha

Técnica de colocación de implante

La colocación del implante se realizó el 6 de marzo del 2008, el mismo día en que se realizó la segunda cirugía de cobertura radicular.

El implante seleccionado: Reeplace Select Tapered TiU WP 5.0 x 10mm es de conexión interna, para una restauración cementada ceramo-metálica. El diseño del implante imita la forma de la raíz dental de un diente natural.

- 1) A fin de obtener un resultado protésico óptimo, utilizamos una guía quirúrgica como ayuda en la colocación y angulación correcta del implante.



FOTO N° 41- Guía quirúrgica.

- 2) Incisión sobre el reborde, dirección ligeramente hacia lingual para que el tejido queratinizado forme parte del colgajo vestibular. Incisión surcular por distal de 35 y mesial de 37.
- 3) Elevación del colgajo vestibular y lingual de espesor total, con la precaución de no lacerar el periostio.
- 4) Al visualizar la cresta ósea esta fué nivelada utilizando una fresa redonda N° 8 en el sitio preciso del implante. La cresta debió ser al menos 2mm más ancha que el implante a utilizar.
- 5) Se marcó la cresta ósea según la guía quirúrgica con la fresa piloto y luego se retiró la guía para seguir fresando.
- 6) Primera fresa la espiral con punta cortante Ø 2.0mm, luego se colocó el indicador de dirección Ø 2.0mm para verificar el paralelismo, segunda fresa Ø 3.5mm, tercera fresa Ø 4.3mm, cuarta fresa Ø 5.0mm. Todas a una velocidad de 800rpm.
- 7) El indicador de dirección es reubicado ahora por el extremo ancho, para confirmar el paralelismo y la profundidad lograda.
- 8) Se utilizó la fresa formadora de rosca a una velocidad máx. 50 rpm.
- 9) Colocación del implante a baja velocidad (25rpm), alineando uno de los puntos del instrumento de inserción del implante perpendicular a la pared vestibular y se coloca el tornillo de cierre con destornillador manual.
- 10) Se suturó con puntos directos utilizando mono-nylon 5.0



FOTO N° 42- Indicador de dirección.



FOTO N° 43- Colocación del implante.
Llave de torque manual quirúrgica.



FOTO N° 44- Implante colocado.



FOTO N° 45- Tapa del implante.



FOTO N° 46- Sutura.



FOTO N° 47- Implante.

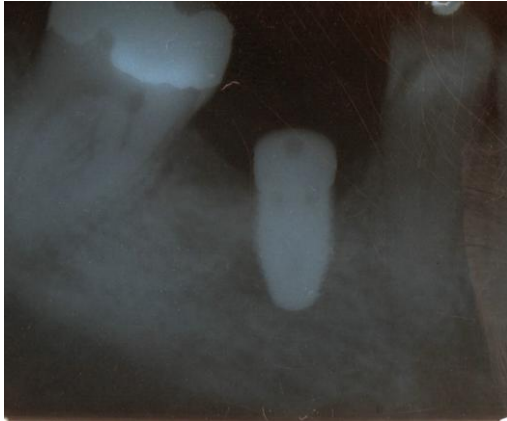


FOTO N° 48- Radiografía postoperatoria.



FOTO N° 49 Control postoperatorio a los cuatro meses.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En Córdoba, a los 6 días del mes de marzo de 2008 en Fundación Infancia llevará a cabo una cirugía intraoral en el maxilar inferior con la finalidad de colocar implantes dentales para reemplazar los elementos ausentes elemento 36 -

Este procedimiento está científicamente comprobado y avalado, tanto la técnica propiamente dicha como los biomateriales a utilizar, aunque debe tenerse en cuenta que al tratarse de un tratamiento de índole biológico, no pueden darse garantías absolutas de éxito.

El protocolo quirúrgico a seguir será el que se describe a continuación:

- Medicación prequirúrgica.
- Anestesia local.
- Incisión subperióstica (Si / No)
- Decolado del colgajo realizado (Si / No)
- Realización de lechos quirúrgicos para la colocación de implantes.
- Colocación de los implantes.
- Preparación adecuada del sitio receptor y aplicación del injerto sobre el mismo.
- Recubrimiento del injerto con membrana _____
- Reflexión del colgajo.
- Cierre con suturas.

Si además fuese necesario ampliar el volumen óseo del lecho receptor, se complementará la cirugía con procedimientos de regeneración que involucran los pasos descriptos a continuación y costos adicionales.

- Eventual obtención de hueso autólogo de otras áreas donantes del maxilar _____ para ser injertado.
- Eventual mezcla de hueso autólogo con biomaterial de injerto _____
- Reflexión del colgajo.
- Cierre con suturas.

El / la Sr. / Sra. _____ deberá seguir estrictamente las indicaciones post-operatorias que se le entregarán por escrito.

Si tuviera alguna inquietud o solicitud deberá comunicarse de inmediato con los Dres. Albera.

El / la paciente _____ afirma haber entendido y aceptado el procedimiento a realizarse.

[Firma]
Firma y Aclaración del Paciente
D.N.I: _____
06/03/08

[Firma]
Firma y Aclaración del Prestador
D.N.I: 14374356 -

Firma y Aclaración del Testigo
DNI: _____

Resultados

Durante el control postratamiento, la paciente mostró escasas superficies con placa bacteriana (< 20%) y carencia de elementos sangrantes demostrando efectividad en las Técnicas de Higiene Oral antes del tratamiento, durante y posterior a él.

Las recesiones de tejido marginal tratadas en la paciente fueron 6 en el maxilar superior, 3 en el lado derecho y 3 en el lado izquierdo, correspondientes a la clase I de la clasificación de Miller.

Las mediciones clínicas fueron tomadas antes de las cirugías, a los 11 meses de la 1ª cirugía y a los 4 meses de la 2ª cirugía, con una sonda manual.

El rango de profundidad de la recesión de tejido marginal fué de 1 a 5 mm.

La altura del tejido gingival apical en el lado izquierdo fué de 2.4 ± 2.0 mm y del derecho fué de 1.8 ± 0.9 mm.

A los 11 meses de control post operatorio de la 1ª cirugía en la cual se había utilizado técnica de Langer y Langer, la paciente presentó recesiones residuales del tejido marginal en el elemento 23 de 1 mm, en 24 de 1mm y 25 de 1mm.

A los 4 meses de control post operatorio de la 2ª cirugía, técnica de colgajo desplazado coronal de Zucchelli y De Sanctis la recesión residual del tejido marginal en el elemento 13 fue de 1mm, en 14 de 3mm y 15 de 1 mm.

El alto del tejido gingival apical incremento a 5.0 ± 3.2 mm en la 1ª cirugía.

En la segunda cirugía con un control pos operatorio de 4 meses no se había logrado aún, altura ni espesor significativo de encía queratinizada. El alto del tejido gingival apical incrementó a 2.2 ± 2.0 .

El nivel de inserción disminuyó en el elemento 23 de 5mm a 2mm, un 60%; en 24 de 5 a 2mm, un 60% ; en 25 de 4 a 2mm, un 50% ; en 13 de 5 a 2 mm, un 60% ; en 14 de 6 a 4mm, un 33% ; en 15 de 4 a 2mm, un 50%.

Así el nivel de inserción disminuyó en promedio un 52% aproximadamente.

La profundidad de sondaje varió en los dientes 23, 24 y 25 de 2 a 1mm; lo mismo que en 13, 14 y 15.

Ninguno de los sitios tratados mostró mayor recesión de tejido marginal que la que presentaban inicialmente.

La profundidad de recesión inicial en 23 fué de 3mm y la final de 1mm, disminuyo un 66%; en 24 la recesión inicial 3mm y la final de 1mm, disminuyo un 66% ; en 25 la recesión inicial 2mm y la final de 1mm, disminuyo un 50% ; en 13 recesión inicial de 3mm y la final de 1mm, disminuyo un 66% ; en 14 la recesión inicial fué de 4 mm y la final 3mm, disminuyo un 25% ; en 15 recesión inicial de 2mm y la final de 1mm, disminuyó un 50%.

La profundidad de las recesiones del margen gingival disminuyó en promedio para el lado izquierdo en un 61%. Para el lado derecho un 47%.

Los estudios con modelos de regresiones múltiples muestran que los resultados finales en términos de cantidad de coberturas radiculares son afectados significativamente por la profundidad de la recesión inicial y por la cantidad de tejido queratinizado prequirúrgico.¹⁰

Los casos de recesiones tipo I y II con remanentes de tejido queratinizado apicales demostraron mayores niveles de coberturas radiculares.⁴

Zucchelli y De Sanctis mostraron que el 88% de los defectos 1y2 de Miller fueron cubiertos exitosamente y un incremento en los tejidos queratinizados fueron recuperados cuando estos fueron evaluados y comparados las medias pre quirúrgicas con los post quirúrgicos a un año de control postoperatorio.¹⁰

A pesar de que el intervalo transcurrido desde la realización de la 2ª cirugía de esta paciente utilizando la misma técnica, es menor, se puede apreciar idéntica tendencia. Con

un 47% de cobertura promedio en los defectos y un resultado satisfactorio para el paciente ya que los tejidos presentan el mismo color armonizando con los del área tratada.

En la técnica de Langer y Langer debido a la colocación del injerto sumergido se logra un tejido apical queratinizado, con un espesor y altura aproximada al tamaño del injerto colocado después de que este sufrió las contracciones primarias y secundarias, además de cobertura radicular. En la 1ª cirugía (foto N° 50) se observa la obtención de un injerto grueso que responderá adecuadamente a las demandas funcionales del área como el estrés de la masticación y el cepillado dentario.



FOTO N° 50- Vista inicial de Lado izquierdo. *Imagen tomada con espejo.*



FOTO N° 51- Resultado final. Lado izquierdo. *Imagen tomada con espejo.*



FOTO N° 52- Vista inicial. Lado derecho. *Imagen tomada con espejo.*



FOTO N° 53- Resultado final. Lado derecho. *Imagen tomada con espejo.*



FOTO N° 54- Vista inicial.
Ilustra la sonrisa de la
paciente.



FOTO N° 55 Resultado final.
Ilustra la sonrisa de la
paciente.

Discusión

La presencia de retracciones del margen gingival constituye una situación en las que no solo se debe solucionar problemas biológicos y funcionales sino que también involucra la utilización de técnicas que brinden resultados aceptables para el paciente. Los requerimientos estéticos de los pacientes debido a la exposición de superficies radiculares de los elementos dentarios al hablar o sonreír constituyen la principal indicación de tratamiento. Para corregir los defectos mucogingivales y cubrir las raíces denudadas han sido propuestos gran variedad de técnicas de Cirugía Plástica Periodontal.³

Estudios recientes sobre técnicas quirúrgicas de cobertura radicular muestran que casi todas obtienen buenos resultados teniendo en cuenta las condiciones biológicas en las que no debe haber pérdida de tejido interdental óseo y gingival. La selección de la técnica depende de factores relacionados a los defectos presentes, al paciente y a la sensibilidad técnica del operador.⁴ Entre los factores relacionados al defecto debemos considerar el tamaño de la recesión, la presencia o ausencia de tejido queratinizado adyacente al defecto, el ancho y altura del tejido blando interdental, la profundidad del vestíbulo y la presencia de frenillos. Otro hecho a considerar es que las recesiones marginales son menos frecuentes de encontrar en un diente aislado y que generalmente afectan a grupos de dientes adyacentes.¹⁰

Dado el tamaño de las recesiones de tejido marginal, en la primera cirugía fue seleccionada la Técnica de Injerto de Tejido Conectivo Subepitelial para Cobertura Radicular. (Langer y Langer, 1985) La misma esta indicada para situaciones complejas tales como recesiones múltiples especialmente en el maxilar superior donde las superficies de los dientes son anchas y la encía insertada es mínima. Esta técnica provee la ventaja del colgajo pediculado que cubre al injerto conectivo el cual permite la cobertura radicular mientras conserva su abastecimiento sanguíneo apical y por lo tanto mejora la supervivencia de los tejidos transferidos sobre la superficie dentaria avascular. La ventaja del injerto gingival libre es abastecer un tipo de tejido conectivo resistente con una predisposición genética capaz de agregar espesor al sitio y queratinización del área recubierta. Además esta técnica, tiene la cualidad de que el color del área injertada se asemeja a los tejidos adyacentes, evitando la diversidad de tonos de los injertos gingivales libres de tejido conectivo y epitelio superficial. Durante la etapa de cicatrización el área del injerto aparece engrosada pero con el pasaje del tiempo va disminuyendo.

Entre los factores relacionados al paciente están las demandas estéticas requeridas, el tabaquismo y alcoholismo, la disponibilidad de sitios donantes, nivel de control de placa y actitud personal frente al mantenimiento periodontal.

Para la segunda cirugía fue seleccionado el Tratamiento de Defectos Tipo Recesión Múltiple en Pacientes con Demandas Estéticas. (Zucchelli y De Sanctis 2000) Esta técnica esta indicada para recesiones múltiples que afectan a dientes adyacentes, ofrece la particularidad de que se realiza en un solo tiempo quirúrgico y que se evita la remoción de tejido conectivo de áreas donantes de la boca y así minimizar las molestias post operatorias. El método constituye un novedoso acceso quirúrgico para el procedimiento de colgajos avanzados coronariamente, tipo sobre, en el cual las incisiones vestibulares son evitadas para no dañar el suministro de sangre al colgajo. Esto es percibido especialmente en el margen quirúrgico y es fundamental para la obtención de coberturas radiculares completas. Se evitan también las cicatrices resultantes de la cicatrización de estas incisiones verticales liberadoras. Además las publicaciones sobre esta técnica indican incrementos clínicos estadísticamente significativos de tejido queratinizado y es explicado por eventos ocurridos durante la cicatrización y maduración del tejido marginal. Entre ellos

figura la tendencia de la línea mucogingival a recuperar la posición genéticamente definida después del desplazamiento coronal del colgajo.¹

Implante

A principio de la década de 1960, los experimentos en animales realizados por el Doctor Branemark dieron comienzo a la era de la oseointegración.¹¹

En los casos de pérdida de una sola pieza dentaria el reemplazo con restauraciones implanto- asistida constituye actualmente la indicación ideal, particularmente si las piezas vecinas se encuentran intactas como en el caso tratado. Para la colocación de un implante se respetan las indicaciones de poseer un espacio mesio-distal de 7 mm; en este caso para 10.mm se utilizó un implante de 5.0 x 10 mm quedando 2,5mm de tejido óseo respecto a los dientes vecinos. La conexión estructural y funcional entre el hueso vivo y la superficie del implante se logró debido a la utilización de material biocompatible, al diseño correcto, a la técnica quirúrgica cuidadosa, a que el hueso de alrededor fue de buena calidad y no hubo infecciones residuales y porque se respetó el periodo de integración, evitando fuerzas dañinas, permitiendo así la cicatrización del tejido periimplantar. Los resultados a través del tiempo de técnicas similares nos muestran que son anclajes permanentes, capaces de mantenerse mientras actúen fuerzas funcionales sobre el hueso, el que tiene capacidad de remodelación manteniendo la estabilidad fisiológica. El material de elección fué el titaneo que forma una capa superficial de óxido, íntimamente adherida evitando el contacto entre los iones metálicos nocivos y el tejido. Instalado el implante, puentes de hueso reticular lo van alcanzando 6 semanas después dependiendo de la estabilidad inicial y de la distancia del implante al tejido óseo, trasformándolo en láminas organizadas, alrededor de los 4 meses y medio.¹²

Logrado el equilibrio biológico debe ser mantenido en el tiempo, evaluando factores de riesgo futuros. El implante no debe presentar movilidad tanto a las fuerza verticales como horizontales, indicando que su unión es a hueso y no esta rodeado de tejido fibroso, no debe presentar síntomas de inflamación detectables , bolsas mayores a 3mm o presencia de exudado y sangrado.

Conclusión

- 1) Las dos técnicas quirúrgicas fueron efectivas en el tratamiento, logrando mejoras significativas en las coberturas de las recesiones gingivales presentes y en el nivel de inserción respectivo.
- 2) El injerto de tejido conectivo proporcionó mayor cobertura radicular y un tejido queratinizado con buen espesor y altura.
- 3) El colgajo desplazado coronalmente, cubrió las recesiones parcialmente devolviendo estética y mejorando la hipersensibilidad dentaria
- 4) El implante se encuentra bien ubicado y presenta óptima cicatrización de los tejidos que lo rodean.

Dentro de la terapéutica periodontal el objetivo principal es el tratamiento de la enfermedad.

La Cirugía Plástica Periodontal y la Implantología brindan alternativas y posibilidades de devolver estética y función debido al desarrollo de técnicas quirúrgicas, al avance de nuevos materiales y a la aplicación de conocimientos científicos que aportan conclusiones de gran utilidad para determinar el éxito y la predecibilidad de los tratamientos.

La búsqueda primordial de objetivos de salud actual son: salud función y estética.

Bibliografía

1. Wennstrom JL, Pini Prato GP. Terapia Mucogingival-Cirugía Plástica Periodontal. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 4ª edic. Bs.As: Editorial Médica Panamericana; 2005; 602-677.
2. Alonso AA, Albertini SJ, Bechelli AH. Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral. 1ª edic. Bs.As.: Editorial Médica Panamericana.1999; 525-545.
3. Camargo PM, Melnick PR, Kenney EB. Tratamientos estéticos con injertos libres de encía. Periodontol 2000 2002 ; (2): 72-96.
4. Bouchard P, Malet J, Borghetti A. Las decisiones estéticas en los recubrimientos radiculares. Periodontol 2000 2002; (2): 97-120.
5. Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I., Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. J Clin Periodontol 2002; (3): 178-194.
6. Proceedings of the World Workshop on Periodontics. Consensus report on mucogingival therapy. Ann Periodontol 1996; (1): 702-706.
7. Henriques PG. Estética en Periodoncia y Cirugía Plástica Periodontal.1ªedic. Colombia: Editorial Amolca; 2006; 3-23
8. Pini Prato G, Pagliaro U, Nieri M, Saletta D, Cairo F. & Cortellini P. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Flap with tension versus flap without tension: a randomized controlled clinical study. J Periodontol 2000a; (71): 188-201.
9. Langer B, Langer L. Subepithelial Connective Tissue Graft Technique for Root Coverage. J Periodontol 1985; (56): 715-720.
10. Zucchelli G, De Sanctis M. Treatment of Multiple Recession- Type Defects in Patients with Esthetic Demands. J Periodontol 2000; (71): 1506-1514.
11. Beumer III J, Lewis SG. Sistema de Implante Branemark Procedimientos Clínicos y de Laboratorio. Editorial Espaxs S.A. 1991. Barcelona; 1-13.
12. Ranalli OA.La Implantología del Nuevo Milenio.1º edic Bs.As: El Fénix.2002; 37-39.
13. Zucchelli G, De Sanctis M .Long- Term Outcome Following Treatment of Multiple Miller Class I and II Recession Defects in Esthetic Areas of the Mouth. J Periodontol 2005; (76):2286-2292.
14. Allen AL. Use of the Supraperiosteal Envelope in Soft Tissue Grafting for Root Coverage.I. Rationale and Technique. Int J Periodontics Restorative Dent 1994; 14: 217-227.

15. Bahat O, Handelsman M, Gordon J The Transpositional Flap in Mucogingival Surgery. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1990; (10): 473-482.
16. Bowers, G.M. A study of the width of attached gingiva. *J Periodontol* 1963; (34): 201 -209.
17. Bruno JF. Connective Tissue Graft Technique Assuring Wide Root Coverage . *Int J Periodontics Restorative Dent* 1994; (14): 127-137.
18. De Trey E, Bernimoulin JP. Influence of free gingival grafts on the health of the marginal gingiva. *J Clin Periodontol* 1980; (7): 381-393.
19. Carranza FA, Carraro JJ. Mucogingival Techniques in Periodontal Surgery. *J Periodontol* 1970; (41): 294-299.
20. Harris RL. The Connective Tissue and Partial Thickness Double Pedicle Graft: A Predictable Method of Obtaining Root Coverage . *J Periodontol* 1992; (63): 477-486.
21. Khocht A, Simon O, Peterson P, Denepitiya JL. Gingival Recession in Relation to history of hard toothbrush use. *J Periodontol* 1993; (64): 900-905.
22. Løe H, Anerud A, Boysen H. The Natural History of Periodontal Disease in Man: Prevalence, Severity and Extent of Gingival Recession. *J Periodontol* 1992; (63): 489-495.
23. Miller PD .Root Coverage Using a Free Soft Tissue Autograft Following Citric Acid Application Part I: Technique. *Int J of Periodontics Restorative Dent* 1982; 2(1): 65-70.
24. Miller PD. Root Coverage with the Free Gingival Graft. Factors Associated with Incomplete Coverage. *J Periodontol* 1987; (58): 674-681.
25. Müller HP, Eger T, Schorb A. Gingival dimensions after root coverage with free connective tissue grafts. *J Clin Periodontol* 1998; (25): 424-430
26. Nelson SW. The Subpedicle Connective Tissue Graft. A Bilaminar Reconstructive Procedure for the Coverage of Denuded Root Surfaces. *J Periodontol* 1987; (58): 95-102.
27. Oliver RC, Løe H, Karring T. Microscopic evaluation of the healing and revascularization of free gingival grafts. *J Periodont Res* 1968; (3): 84-95.
28. Pini Prato G, Baldi C, Pagliaro U, Nieri M., Saletta D, Rotundo R, Cortellini P. Coronally Advanced Flap Procedure for Root Coverage. Treatment of Root Surface: Root Planing versus Polishing. *J Periodontol* 1999; (70): 1064-1076.

29. . Saletta D, Pini Prato G, Pagliaro U, Baldi C, Mauri M, Nieri M. Coronally Advanced Flap Procedure: Is the Interdental Papilla a Prognostic Factor for Root Coverage?. *J Periodontol* 2001;72: 760-766.
30. Sangnes G, Gjermo P. Prevalence of oral soft and hard tissue lesions related to mechanical toothcleansing procedures. *Community Dent. Oral Epidemiol* 1976; (4): 77-83.
31. Sullivan HC, Atkins JH. Free Autogenous Gingival Grafts. I. Principles of Successful Grafting. *Periodontics* 1968a; (6): 121- 129.
32. Sullivan, H.C. M & Atkins, JH. Free Autogenous Gingival Grafts. III. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics* 1968b; (6): 152-160.
33. Carvalho da Silva R, Joly JC, Martorelli de Lima AF, Tatakis DN. Root Coverage Using the Coronally Positioned Flap With or Without a Subepithelial Connective Tissue Graft. *J Periodontol* 2004; (75): 413-419.