

295
300



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

INJERTOS DESPLAZADOS

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

Ana Leticia Morales Vera

TESIS CON
FALLA DE OREEN

México, D. F.

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	5
CAPITULO I.- CARACTERISTICAS DEL PERIODONTO NORMAL	8
CAPITULO II.- ETIOLOGIA DE LA RECESION GINGIVAL	21
CAPITULO III.- TRATAMIENTO DE LA RECESION GINGIVAL	
III. 1.- REPARACION DE DEFECTOS GINGIVALES LOCALIZADOS [Utilizando Injertos Desplazados]	26
III. 2.- CUIDADO POST-OPERATORIO	33
CAPITULO IV.- TRATAMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES LOCALIZADAS [Un Estudio]	35
CAPITULO V.- EVALUACION DE RESULTADOS OBTENIDOS A LOS TRES AÑOS	40
CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFIA	44

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Esta tesis tiene como objetivo presentar la técnica de injertos desplazados de una manera clara y sencilla para el mejor entendimiento del estudiante de odontología en el tratamiento de la recesión gingival localizada.

Se explicará el proceso de la operación, el método de anestesia a aplicar, la preparación de área que será intervenida, cómo y cuantas incisiones se deben efectuar, aplicación de los apósitos y tratamiento post-operatorio.

La técnica de injertos desplazados puede llegar a ser una solución permanente, funcional y estética, si es llevada a cabo correctamente.

Es una opción más en el tratamiento de la recesión gingival localizada que es uno de los problemas que pueden afectar al periodonto y en sí al paciente mismo.

Este reporte también presenta los estudios realizados sobre este tema por diferentes doctores en diferentes localidades y durante diferentes fechas. Siendo dos los estudios presentados con resultados similares si no es que iguales.

Se obtuvieron datos tales como medidas de los tejidos blandos y de recesiones gingivales. Estos fueron tomados antes y después de la intervención quirúrgica y posteriormente, a tres años de esta. Estos datos fueron obtenidos para tener un mejor control de los sucesos y para poder valorar mejor el progreso de la intervención quirúrgica.

Los doctores Emilio A. Guinard y Raul Caffesse, ambos cirujanos maxilofaciales de la facultad de odontología de la universidad de Michigan publicaron sus estudios y resultados obtenidos más recientemente, siendo esto en Julio de 1978.

Los estudios anteriores fueron realizados anteriormente por los cirujanos dentistas Harold E. Grupe de Amarillo, Texas y por Richard F. Warren, Jr. de Houston, Texas en Marzo de 1955.

El estudio más reciente fue hecho siguiendo exactamente las técnicas utilizadas por los doctores Grupe y Warren de Amarillo, Texas.

Ambos estudios tuvieron resultados muy satisfactorios comprobando así que la técnica de injertos desplazados es una excelente solución en el tratamiento de los defectos de la recesión gingival localizada, ofreciendo al paciente beneficios tanto funcionales como estéticos.

Con esta tesis concisa y sencilla, pero a su vez informativa espero poder ofrecerles a mis compañeros y a los estudiantes de odontología algo útil que ellos a su vez puedan ofrecerles a sus pacientes.

Ana Leticia Morales Vera

I.- CARACTERISTICAS DEL PERIODONTO NORMAL

CARACTERISTICAS DEL PERIODONTO NORMAL

El periodonto normal sano presenta características muy definidas e inconfundibles. Es de color rosa coral que simultáneamente presenta una opacidad que impide la visibilidad de los vasos capilares subyacentes.

Es la encía adherida la que ocupa la porción principal y que presenta aspecto de "cáscara de naranja" o graneada. Esto se debe al enlace de las fibras gruesas de colágeno con el corión gingival. Posee una cubierta protectora córnea, o sea, el estrato córneo el cual es similar al de la piel y que resiste la agresión de los alimentos bastos y el cepillado enérgico.

La encía declina desde la corona del diente de una manera casi vertical siendo esto un rasgo anatómico esencial del mecanismo de deslizamiento de la masa alimenticia que junto con las secreciones orales ha de asegurar la auto limpieza de la cavidad oral.

El vestíbulo debe de tener la profundidad suficiente para permitir el paso del alimento por encima de la encía fija y hasta el fondo del saco vestibular.

La línea mucogingival ondulada separa a la mucosa vestibular roja de la encía exceptuando el área del paladar duro en donde no existe una línea precisa de demarcación.

La arquitectura gingivolabial debe presentar un tejido firme, de color rosado y denso con los bordes afilados y las papilas bien formadas que impidan la acumulación de los alimentos en la región cervical.

El contorno de la encía es determinada en su gran mayoría por el contorno del hueso y de los dientes subyacentes. Influyen sobre el perfil gingival la variación de la forma el tamaño y la disposición de los dientes así como también cualquier anomalía que pudiera presentarse en el proceso alveolar.

El borde libre de la encía marginal se encuentra protegido por el contorno de la corona del diente.

Las fibras circulares del ligamento periodontal mantienen el borde de la encía en estrecho contacto con el diente.

La encía sana no produce exudado y el sondaje delicado no causa hemorragia alguna

ESTRUCTURA BIOLÓGICA DEL PERIODONTO

Periodonto.- El cual significa "alrededor del diente". Es utilizado para designar las estructuras funcionales que están comprendidas directamente en la acción de resistir las fuerzas aplicadas a los dientes. Estas estructuras son la encía (tanto la adherida como la libre, incluyendo la adherencia epitelial), la membrana periodontal, el cemento y el hueso alveolar.

La ciencia que se ocupa de las estructuras y el comportamiento del periodonto en la salud y la enfermedad es la "periodontología" y la rama de la odontología que se dedica a la prevención y al tratamiento de la enfermedad periodontal "periodoncia".

Encía.- Es el tejido conectivo fibroso y la mucosa que rodean a los dientes y recubren la porción coronaria de la apófisis alveolar.

Encía libre o encía marginal.- Comprende la parte marginal de la encía que puede ser separada de la superficie dentaria.

Margen gingival libre o cresta gingival.- Es el borde coronario de la encía libre. (Fig. 1-1). La unión dentaria de la encía libre está recubierta por un epitelio que en la parte más profunda está adherido a la superficie dentaria como epitelio de unión, mientras que en la parte coronaria se separa del diente y forma el surco gingival el cual varía en profundidad de 1-2mm en las caras libres y de 2-3mm en las proximales.

Surco gingival libre.- Es una ligera depresión lineal en la mucosa (paralela al margen gingival libre) que puede estar presente en aproximadamente 33% de las personas con encías normales. Sin embargo la extensión de la encía libre se determina clínicamente colocando un instrumento en el surco gingival separando el margen de la encía y observando el límite entre las partes móvil y no móvil de la encía.

Margen gingival libre.- Se encuentra adaptado íntimamente a las superficies dentarias y tiene un borde redondeado normalmente delgado cuando está protegido por una

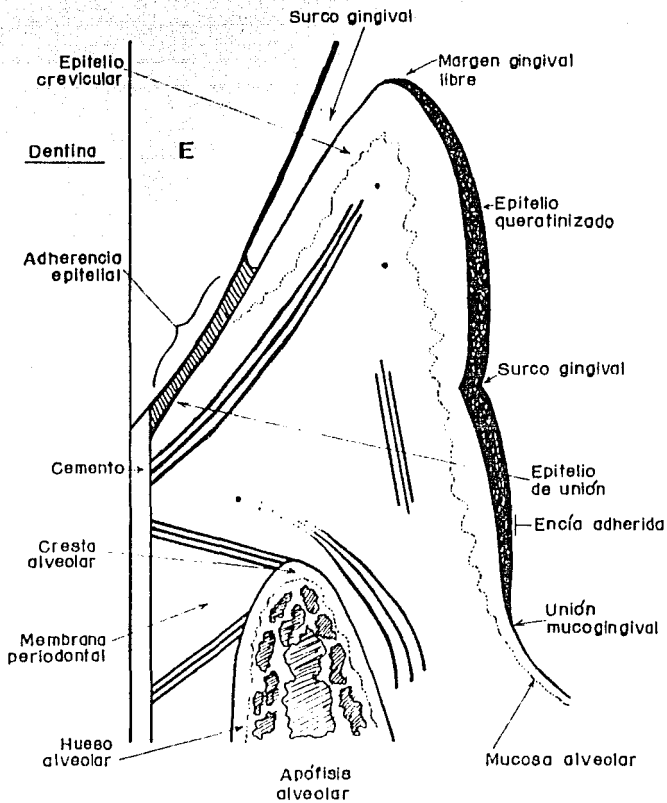


Fig. 1.1.

cara dentaria contorneada pero que se vuelve más grueso cuando la encía se encuentra en contacto con una cara plana.

Papilas gingivales o interproximales.- Son tejidos interproximales situados en sentido coronario al fondo del surco gingival. Estos pueden considerarse parte de la encía libre. Cuando los dientes hacen contacto interproximal los tejidos interdentarios se extienden casi hasta las zonas de contacto de los mismos y con las caras dentarias proximales convexas de los dientes posteriores a menudo parece haber una papila vestibular y otra lingual con una ligera depresión en silla de montar o "col" entre las papilas [Fig. 1-2].

Encía adherida.- Es la parte firme de la encía que se extiende hacia apical de la encía libre. Está firmemente agarrada a las caras vestibular y lingual de las apófisis alveolares y al cuello de los dientes.

Membrana periodontal.- Es el sistema de adherencia fibrosa de los dientes al hueso también se le llama ligamento periodontal. Su función es tanto membranosa como ligamentosa se encuentra ricamente vascularizado y es por esto que se prefiere denominarla membrana y no ligamento periodontal. [Fig. 1-3].

Hueso alveolar.- Es la pared del hueso que aloja al diente, también se le llama placa criviforme porque es penetrada por numerosos orificios para el suministro vascular a la membrana periodontal.

Las fibras periodontales se adhieren al hueso alveolar por medio de las fibras de Sharpey. La unión al cemento se efectúa también por medio de estas fibras mediadas por una gran cantidad de haces de fibras más pequeños rodeados y parcialmente penetrados por cristales de apatita dispuestos en su gran mayoría en forma paralela al eje mayor de las fibras.

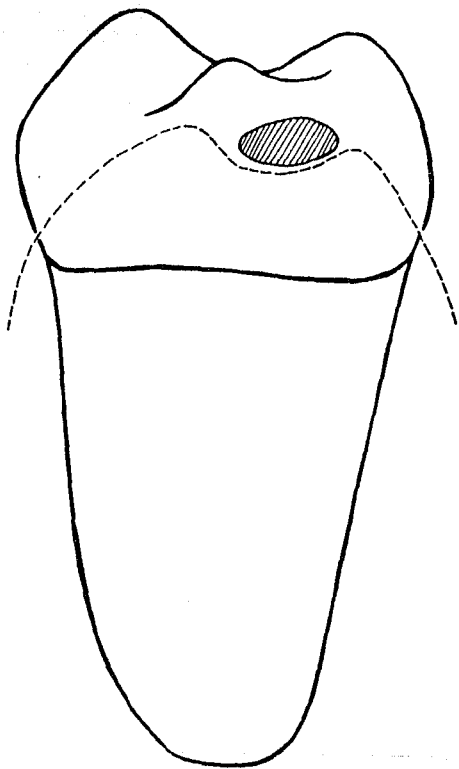


Fig. 1-2

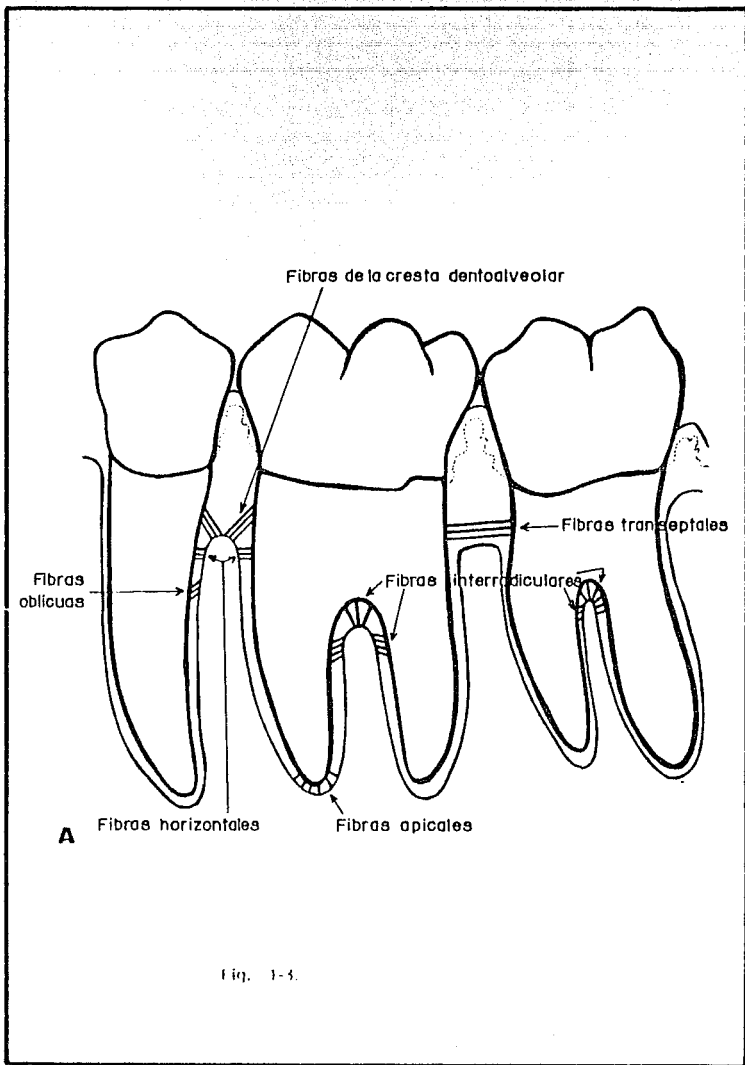


Fig. 1-3.

Adherencia epitelial.- Es la unión real y biológica del diente a la encía. Esta consta del epitelio superficial de la encía, el epitelio del surco y el epitelio de unión, y de los restos epiteliales de Molassez.

Epitelio superficial de la encía.- A la superficie externa de la encía se le denomina "encía masticatoria" y se encuentra cubierta por un epitelio escamoso (con grados variados de queratinizado) al cual se le llama puntillado y que asemeja a la cáscara de una naranja y el cual se debe a la interdigitación del epitelio con el tejido conectivo subyacente. La disposición del puntillado en rebordes y prolongaciones entre los tejidos epitelial y conectivo provee una estabilidad mecánica entre ambos y una interfase de contacto para el intercambio metabólico.

TEJIDOS CONECTIVOS

Los tejidos conectivos del periodonto se encuentran constituidos por las fibras, los componentes celulares, la vasculatura y la inervación de la gingiva y la membrana periodontal.

Los tejidos conectivos gingivales son tejidos fibrosos densos. Se desarrollan gradualmente durante la erupción de los dientes y más tarde se modifica por medio de los requerimientos funcionales para así poder cumplir con las tensiones típicas de la masticación y deglución.

Las fibras se encuentran dispuestas en forma entretrejida y su función es de estabilizar la encía adherida a la apófisis alveolar y al diente, y aunque en menor grado estabilizar al diente en el hueso. La disposición circunferencial de las fibras (ligamento circular) sostiene al epitelio funcional en íntimo contacto con el diente y mantiene el sellado epitelial del diente. Las fibras interdentarias contribuyen a estabilizar las piezas dentarias. (Fig. 1-4, 1-5').

Fibroblastos.- Más del 50% de las células de la encía son fibroblastos los cuales producen sustancias en el tejido conectivo que determinan características morfológicas y físicas de la encía. Se "piensa" que los fibroblastos fagocitan el colágeno para que pueda ser absorbido por los lisosomas secundarios.

Mastocitos.- Estos se encuentran en grandes cantidades en la encía normal. Se caracterizan por gránulos que toman una tinción metacromática; contienen histamina, heparina y enzimas proteolíticas las cuales pueden ser liberadas por degranulación después de un trauma tisular. Desempeñan un papel activo en la inflamación p por medio de la liberación de histamina y otras enzimas. Así mismo se desconoce el papel del mastocito en la encía normal.

Macrófagos.- Estos pueden producir enzimas hidrolíticas y actuar como secuestrantes y células detoxificantes en la encía normal. Pueden contener melanina fagocitada.

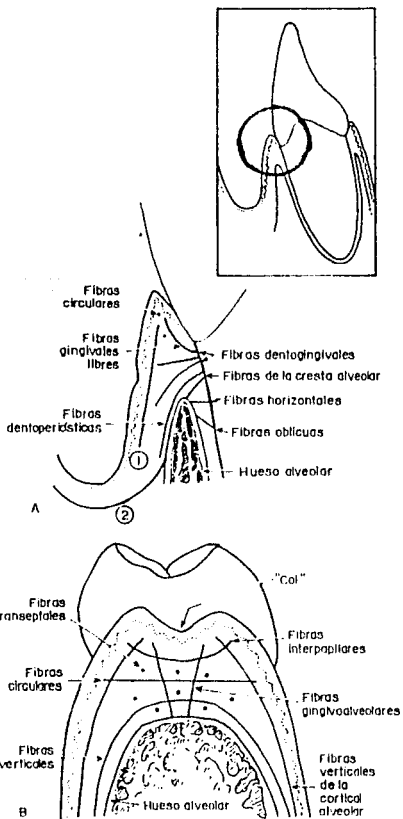


Fig. 14

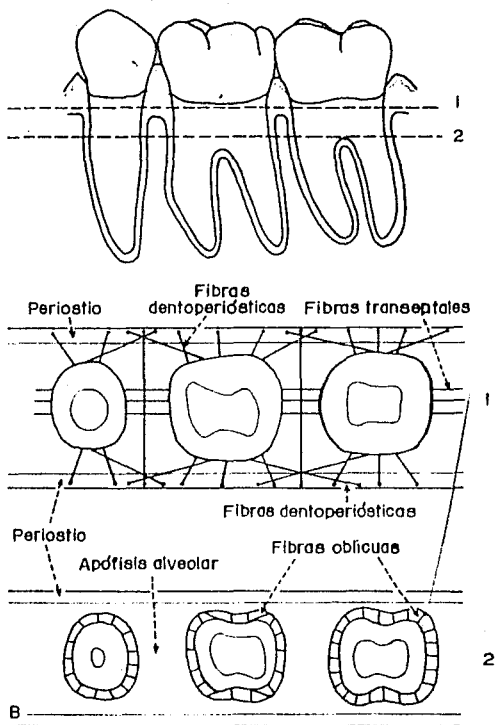


Fig. 1-5.

FIBRAS DEL TEJIDO CONECTIVO

Las fibras del tejido conectivo básicamente son 3, las colágenas las reticulares y las elásticas. Más del 50% de la encía se encuentra constituida por fibras colágenas siendo su función principal la de proveer resistencia a los tejidos periodontales.

Las fibras reticulares están constituidas por fibrillas de colágeno unidas entre sí y las peculiaridades tioriales tienen una base más física que química.

Las fibras elásticas dan flexibilidad a los tejidos y la capacidad de volver a su posición normal después de haber sido estirados. Se encuentran en una mínima cantidad en la encía, principalmente se localizan en las paredes de los vasos.

Sustancia fundamental.- Todos los componentes de la encía ya mencionados se encuentran incluidos en una sustancia fundamental viscosa que semeja a un gel. Esta se encuentra constituida por una variedad de proteoglicanos y ácido hialurónico. Se piensa que por medio de esta sustancia se efectúa el intercambio de metabolitos hacia y desde las células. Su propiedad más importante es ser altamente viscosa lo cual actúa como barrera contra la diseminación de las bacterias. La sustancia fundamental también puede disminuir la fricción y el desgaste entre las fibrillas colágenas a medida que se mueven durante los movimientos flexuosos de los tejidos.

II.-

ETIOLOGIA DE LA RECESION GINGIVAL

ETIOLOGIA DE LA RECESION GINGIVAL.

La recesión gingival es una "exposición progresiva de la superficie radicular producida por el desplazamiento apical de la posición de la encía". Para poder comprender la recesión es necesario conocer la diferencia entre la posición "real" y la "aparente" de la encía.

La posición real es el nivel de la adherencia epitelial sobre el diente [Fig. 2-1]. La posición aparente es el nivel de la cresta del margen gingival. La posición real no la aparente es la que determina el grado de recesión.

Existen dos clases de recesión: la visible que es la que se puede observar clínicamente; y la oculta que se encuentra cubierta por encía y solamente se detecta por medio de la introducción de una sonda periodontal hasta el nivel de la adherencia epitelial [Fig. 2-1].

En la enfermedad periodontal parte de la raíz desnuda se encuentra cubierta por la pared inflamada de la bolsa; parte de la recesión se encuentra oculta y parte de ella es visible [Fig. 2-1].

El grado total de la recesión es la suma de la recesión "real" y de la "aparente".

La recesión es la localización de la encía, no de su estado. Con frecuencia la encía recedida se encuentra inflamada pero puede ser normal a excepción de su posición. La recesión puede limitarse a un diente o a un grupo de dientes o ser generalizada.

La recesión puede ser producida por factores fisiológicos con la edad [recesión fisiológica], o en condiciones anormales [recesión patológica]. La recesión gingival aumenta con la edad.

Cepillado dentario inadecuado (abrasión gingival).- La técnica deficiente de cepillado traerá como consecuencia la irritación de la encía en lugar de estimularla, además la placa bacteriana se mantendrá adherida al diente causando la permanencia de alimentos en los espacios interdentarios que posteriormente se fermentarán y liberarán enzimas que actuarán como irritantes locales produciendo una inflamación

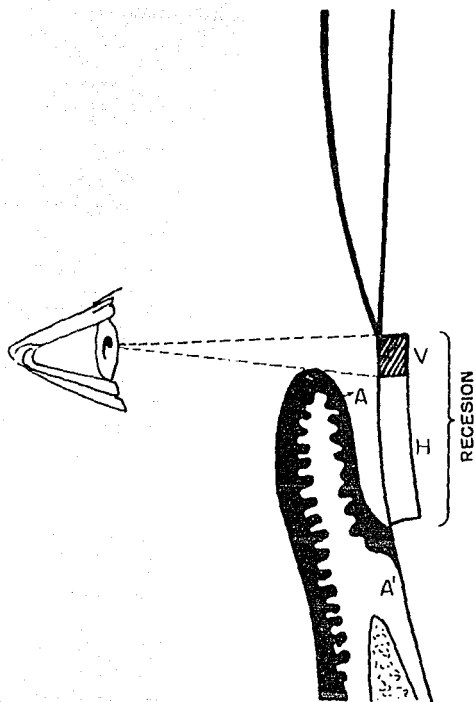


Fig. 2-1. (A) posición aparente, (A') posición real, (V) recesión visible y (H) recesión oculta.

destruictiva que asu vez causará la emigración apical de la inserción epitelial. La recesión tiende a ser más frecuente e intensa en pacientes con encías comparativamente más sanas, con poca placa bacteriana y una buena higiene bucal.

Anomalias dentarias o gingivales.- Estas interfieren en el mecanismo natural de la movilización de la masa alimenticia constituyendo así un factor etiológico importante.

La susceptibilidad a la recesión es influenciada por la posición de los dientes en el arco, la angulación de la raíz en el hueso y la curvatura mesiodistal de las superficies dentarias.

La inserción alta del frenillo es un factor agravante. También se "supone" que el trauma de oclusión agrava la recesión al acelerar la proliferación epitelial iniciada por la irritación local.

Los aspectos de la recesión gingival son importantes puesto que las raíces expuestas son susceptibles a la caries. El desgaste del cemento expuesto por la recesión descubre la superficie dentaria subyacente la cual es extremadamente sensible, particularmente al tacto. Asimismo la exposición de la superficie radicular puede dar lugar a una hiperemia pulpar y a síntomas concomitantes.

La recesión interproximal crea espacios en donde se acumulan residuos alimenticios, placa dental y bacterias.

III.-

TRATAMIENTO DE LA RECESION GINGIVAL

III. 1.-

REPARACION DE DEFECTOS GINGIVALES LOCALIZADOS [Utilizando Injertos Desplazados].

REPARACION DE DEFECTOR GINGIVALES LOCALIZADOS [Utilizando Injertos Desplazados].

Muchos de los defectos vestibulares en la encía de los incisivos centrales inferiores están asociados con la inserción alta del frenillo inferior supuestamente siendo ésta la causa de la recesión gingival en esta área. Posiblemente sea únicamente un factor agravante que impida la cicatrización del defecto. Ya que la encía insertada se encuentra ausente o bastante reducida en el área afectada, la mucosa alveolar se encuentra bajo una irritación mecánica constante y tanto la acumulación de la materia alba, como la del cálculo dental causan una irritación crónica. Siendo que la frenectomía y el tratamiento rutinario no han sido exitosos, se ha intentado corregir estos defectos por medio de injertos desplazados.

PROCESO DE LA OPERACION.-

Se anestesia al paciente por medio de infiltración utilizando una aguja número 30 de una pulgada de largo. El área debe de estar libre de cualquier material intruso, lo cual se logra por medio de una buena profilaxis y aislando perfectamente las áreas afectadas de las raíces hasta obtener una superficie uniforme y brillante ya sea la del cemento o la de la dentina.

Se efectúan incisiones a uno y cada lado del defecto [Fig. 3-1], removiendo únicamente el margen inflamado y extendiéndose en línea recta y hacia abajo a un nivel ligeramente por debajo de la base del defecto. Estas dos incisiones se encuentran conectadas por otra incisión horizontal [Fig. 3-1]. Se elimina por completo el tejido afectado [Fig. 3-2] incluyendo tanto el recubrimiento epitelial como el blando. En este punto se efectúa la frenectomía si es que es indicada.

La frenectomía se puede lograr recortando las fibras del frenillo desde el peristio separando la mucosa de recubrimiento del labio por medio de una disección. Esto permitirá la sutura de la orilla inferior de la mucosa del labio en su punto más inferior. Para la suturación se utilizará gut cromado de (000) con aguja atraumática curva. Con la colocación de la sutura en el punto más inferior, se previene la re-inserción de las fibras del frenillo en su lugar de origen.

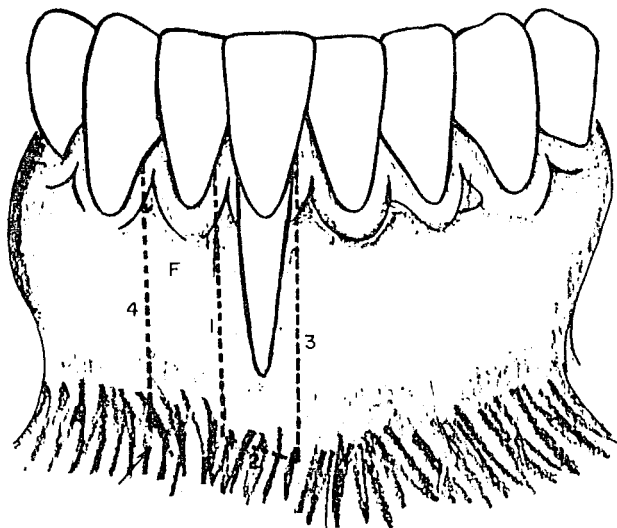


Fig. 3-1. Incisiones hechas alrededor del defecto gingival en un incisivo central. Una incisión vertical (4) a distal del lateral delinea al colgajo (1) que será desplazado. Una pequeña incisión angular (flecha) neutraliza la tensión para el desplazamiento del colgajo.

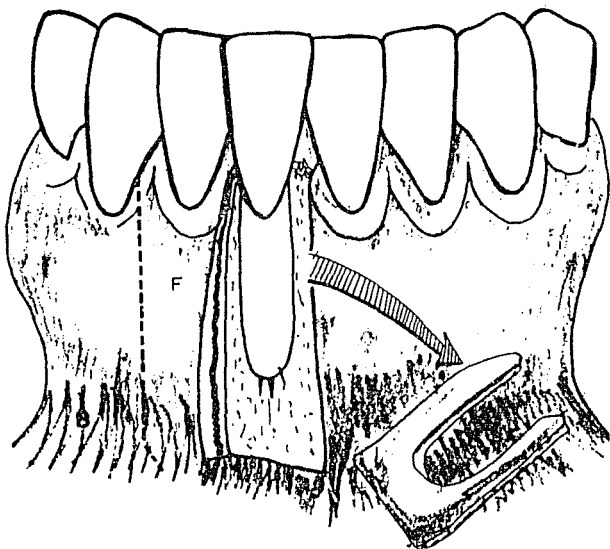


Fig. 1-2. Se remueve el tejido afectado (flecha) incluyendo el periostio.

Habiendo logrado la frenectomía se procede con otra incisión a la distancia de una papila hacia distal del área afectada [Fig. 3-3] asegurándose de no hacerla en la cresta de ésta. Se continúa en dirección vertical recta introduciéndose en la mucosa alveolar cuanto sea necesario para proveer al colgajo con una movilidad apropiada.

El colgajo deberá de ser lo suficientemente ancho como para cubrir fácilmente el defecto. Al voltear el colgajo, la mucosa de inserción se separa del hueso por medio de una disección hasta llegar a la unión con la mucosa alveolar. Con una disección pronunciada, se separa la mucosa alveolar de las estructuras blandas profundas, para que el hueso alveolar no sea expuesto y teniendo cuidado de no perforar o desgarrar la delgada y elástica mucosa. La finalidad es obtener un colgajo que pueda ser movido libremente a la posición deseada. Ya desplazado el colgajo, se sutura con dermalón (000) con aguja atraumática curva [Fig. 3-4]. Se procede a cubrir todo el área con un apósito quirúrgico cuidando de no alterar la herida y con esto obtener una cicatrización de primer intento. El apósito deberá ser de una consistencia suave. Se enrolla hasta adquirir el largo aproximadamente de un lápiz. Se secan los dientes con aire tibio y se aplica el apósito en la superficie labial del tejido por debajo de las coronas de los dientes utilizando el labio para adaptarlo con una ligera presión hacia adentro y hacia arriba forzándolo por entre los dientes. Otro pequeño rollo se aplica por lingual con el cual se mantendrá el apósito principal en su lugar logrando así una mejor protección del área operada. Se recorta cualquier exceso que pueda obstruir la oclusión evitando también así, que el apósito se fracture.

Se sugiere aplicar una inyección de Bicilina para evitar cualquier infección secundaria. Evitando una infección secundaria nos permitirá también mantener el coágulo en su lugar.

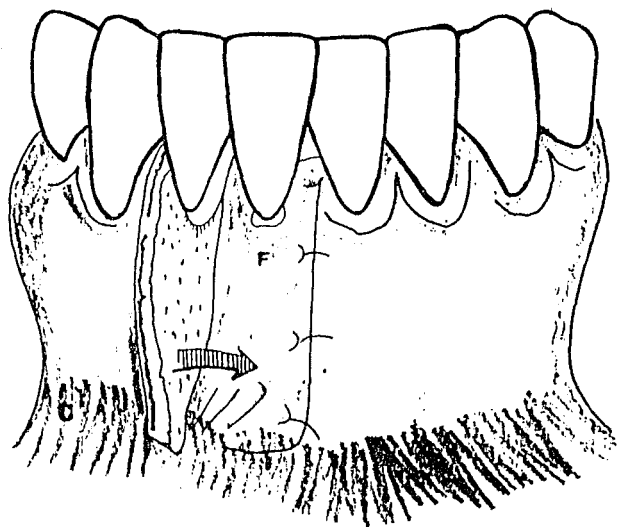


Fig. 3-3. El colgajo (F) incluyendo al periostio, se desplaza del incisivo lateral hacia el central.

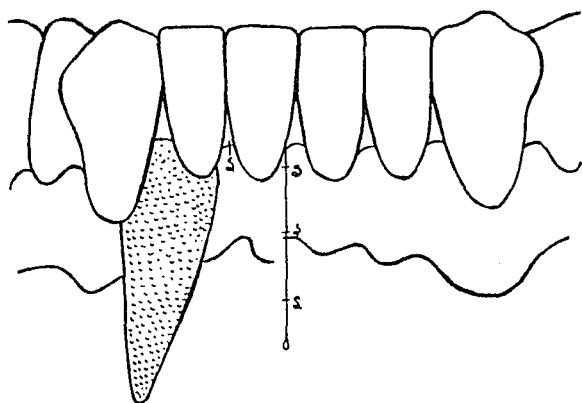


Fig. 3-4 Desplazamiento del colgajo para cubrir a la raíz expuesta. s- Suturas. El área sombreada se deja a que granule.

III. 2.-

CUIDADO POST-OPERATORIO

CUIDADO POST-OPERATORIO

Es muy importante aconsejar al paciente de que hable lo menos posible y que se mantenga a una dieta líquida durante setenta y dos horas después de la cirugía. El óptimo resultado depende de que el apósito se mantenga asegurado en su lugar.

Se descubre la herida después de tres días para remover los puntos de sutura. Esto se logra seccionando el apósito en pequeños fragmentos y cuidando de no jalar la sutura. De ser este el caso, se deberá de cortar cuidadosamente la sutura del apósito con unas tijeras. Una vez removido el apósito, por completo se procede a remover la sutura y se limpia el área con agua tibia teniendo mucho cuidado de no jalar el labio inferior. Se cauterizan todas las orillas de la herida con ácido tricloroacético del 30% e inmediatamente después se enjuaga con agua tibia nuevamente. El apósito es reemplazado como ya fue anteriormente descrito.

La herida es tratada de esta manera semanalmente hasta que cicatriza por completo. Hay que mantener al paciente con el apósito durante un periodo de doce a quince días. Al finalizar el transcurso de entre veintiuno y treinta días aproximadamente, el área habrá cicatrizado completamente por medio de la granulación y estará epitelializada. No se deberá sondar el sulcus durante sesenta días. A pesar de que el área se encontrará aún tierna, el paciente deberá mantener una buena higiene oral utilizando un cepillo de múltiples penachos con el cual él aplicará la técnica de cepillado ya conocida.

Nota.- Cuando se encuentra en la contemplación de efectuar una plastia de este tipo, es bueno recordar que el suministro sanguíneo del colgajo es de óptima importancia. Esta área se caracteriza por estar ricamente vascularizada lo que la hace muy favorable para este tipo de cirugía. Los resultados a obtener serán los de una inserción verdadera. Es de notar que en algunos casos esto no se logra, sin embargo los resultados aún son satisfactorios desde un punto de vista funcional y estético.

IV.-

**TRATAMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES
LOCALIZADAS
(UN ESTUDIO).**

TRATAMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES LOCALIZADAS [UN ESTUDIO]

La recesión gingival localizada constituye un problema terapéutico muy especial que frecuentemente requiere de algún tipo de cirugía mucogingival.

Para este estudio varios pacientes con recesión gingival localizada fueron seleccionados.

Los dientes afectados fueron legrados y sus raíces alisadas perfectamente. Fueron removidos la materia alba y el cálculo dental tanto supragingival como subgingival. Posteriormente habiendo transcurrido entre siete y diez días se citó a los pacientes nuevamente y se tomaron y anotaron las siguientes medidas [Fig. 4-1].

- 1.- La distancia que va desde la unión cemento-esmalte hasta el margen gingival.
- 2.- La profundidad de la bolsa periodontal.
- 3.- El ancho de la mucosa gingival queratinizada [Incluyendo las mucosas de inserción y la libre] desde el margen gingival hasta la línea mucogingival.
- 4.- El ancho de la recesión gingival en su unión cemento-esmalte.

Las medidas 1, 2 y 3 del diente vecino también fueron anotadas. Se seleccionó el diente adjunto con menor recesión clínica como donador y como control.

Las medidas que se tomaron fueron adquiridas de la línea media facial del diente. Se utilizó una sonda periodontal Marquis M-1 calibrada en segmentos de cuatro colores diferentes.

Las mismas medidas se repitieron a intervalos de uno, tres y seis meses después de haber sido efectuada la cirugía.

La modalidad del tratamiento para cada recesión gingival fue seleccionada al azar.

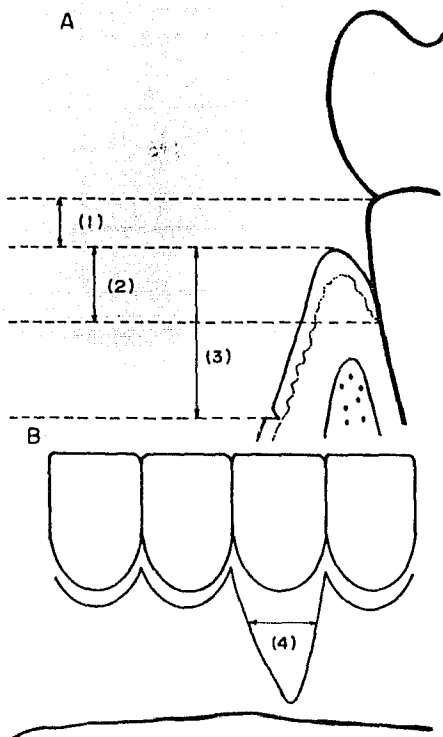


Fig. 4-1. Medidas clínicas anotadas: (1) Unión cemento-esmalte a margen gingival; (2) profundidad de la bolsa; (3) ancho de encía queratinizada (libre y adherida); (4) ancho de recesión gin-gival, en la unión cemento esmalte

Se enumeraron cada una de las recesiones gingivales. Basicamente se aplicó la técnica del injerto desplazado ya descrita.

Una vez adquirido el colgajo a su máximo grosor y siendo este el adecuado para la correcta división de su parte más apical, fue desplazado y colocado lateralmente sobre la raíz expuesta. Esto se hizo en una forma plana y firme, cuidando de no aplicar excesiva tensión en su base y asegurándolo en su unión cemento-esmalte con puntos de sutura. Un punto de sutura suspensoria se aplicó alrededor del diente involucrado para evitar que el colgajo se pudiera mover hacia apical. Luego se le aplicó presión al colgajo. Posteriormente se les aplicó una pomada de acromicina al 3% [Tetraciclina HCl] a los puntos de sutura al injerto y al área donadora. Después de esto se les colocó un apósito periodontal comunmente utilizado, el cual fue removido al transcurrir una semana de la cirugía. El apósito fue reemplazado y removido nuevamente a la segunda semana. Se pulió la pieza dental y se le instruyó al paciente sobre su higiene oral.

En el presente estudio se descubrió que, la recesión gingival inicial presente en la pieza dental afectada, fue reducida en un 69% seis meses después de la intervención

Se obtuvo un 2.69mm de incremento del tejido blando el cual representa el 69% ya mencionado. También se descubrió que la recesión gingival del diente donador se incrementó por 1mm posteriormente al ser efectuado el injerto desplazado. Esto indica claramente que siempre existirá un incremento en la recesión gingival en el área donadora cuando esta operación es efectuada. La profundidad del sulcus fue reducida ligeramente en el área donadora después de 30 días. También se presentó una pérdida de hueso de 0.5mm en el diente donador a los siete meses. La cantidad de pérdida de hueso es influenciada por el grosor y la textura del hueso labial o bucal.

Catorce piezas dentarias afectadas con la recesión gingival localizada fueron intervenidas por medio de injertos desplazados. Se tomaron y anotaron medidas antes y después de la intervención a uno, tres y seis meses de esta obteniendo los resulta-

dos ya mencionados de un gan de 2.69mm de recubrimiento gingival que representa el 69% y acompañado de un promedio de 3.15mm de ancho de tejido gingival queratinizado y afectando al diente donador con 1.10mm de recesión gingival con una reducción del ancho del área queratinizada de 1.25mm en promedio.

V.-

**EVALUACION DE RESULTADOS OBTENIDOS
A LOS TRES AÑOS**

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

EVALUACION DE RESULTADOS OBTENIDOS A LOS TRES AÑOS

Los resultados obtenidos permanecieron estables durante los seis meses que duró el estudio.

Los resultados obtenidos después de más de tres años fueron analizados estadísticamente y comparados con los efectuados a los seis meses post-operatorios.

No se encontraron diferencias o cambios en ninguno de los variables examinados. Similarmente ninguna diferencia fue localizada en los dientes de control durante el mismo tiempo transcurrido.

Los descubrimientos reportados indican que los resultados obtenidos utilizando la técnica de injertos desplazados se mantienen sin variaciones significativas después de haber transcurrido tres años. Después del primer mes todos los resultados se estabilizan. Puesto que esta estabilización es la misma o sea que no cambia seis meses más tarde, es evidente que la evaluación hecha al mes de la intervención proveerá al clínico de un comportamiento certero de este procedimiento.

Es preciso notar que aún no siendo niveles significativos ocurrió una reducción mínima en la recesión de los dientes recipientes durante el tiempo transcurrido entre los seis meses y los tres años de un promedio de 0.48mm que puede estar relacionado con la adaptación y particularmente con la maduración de los tejidos después de la cicatrización del injerto. Esto puede corresponder al concepto de readherencia por crecimiento. Esta readherencia o reinsertión no ocurrió en dientes donadores. Por lo tanto, el recubrimiento de la recesión obtenido se mantendrá invariable representando así un 65 a 70% de cobertura de la raíz expuesta y tratada.

Similarmente la recesión creada (promediando 1mm) al diente donador después de este procedimiento no disminuirá con el tiempo.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Todos los estudios realizados nos llevan a creer que la técnica de injertos desplazados podría ser una solución eficaz en el tratamiento contra la recesión gingival localizada obteniendo los resultados mencionados con anterioridad.

Es de esperarse que ocurrirá una recesión gingival del 1.0mm en el diente donador.

Los resultados funcionales y estéticos que se obtienen con esta técnica bien valen la pena la pequeña recesión que ocurre o que se ocasionará al diente donador.

Espero haber expuesto este tema clara y detalladamente puesto que podría ser de algún valor al odontólogo en su incesable búsqueda en encontrar nuevas y mejores maneras de restaurar la cavidad oral.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Enfermedad Periodontal Avanzada.

John F. Richard.

Saunders Co. Philadelphia Pennsylvania 1970.

The Journal of Periodontology. 1978.

Emilio A. Guinard, D.D.S., M.S.

Raul G. Caffesse, D.D.S., M.S., Dr.

Universidad de Michigan, Facultad de Odontología.

The Journal of Periodontology. 1955.

Harold E. Grupe, D.D.S., Amarillo, Texas.

Richard F. Warren, Jr., B.S.C., D.D.S., Houston, Texas.

Periodontología y Periodoncia.

Ranfjord y Ash.

Editorial Médica Panamericana.

Periodontología Clínica.

Glikman.

Cuarta Edición, Interamericana.

Periodoncia.

Lindhe.

Editorial Médica Panamericana.