



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

OPCIONES DE TRATAMIENTOS PROTÉSICOS EN
DIENTES CON RECESIÓN GINGIVAL

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ROGELIO MARTÍNEZ LAOS

TUTOR: Esp. EDUARDO GONZALO ANDREU ALMANZA

MÉXICO, D.F.

2013



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 esta 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.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

Quiero agradecer en primer lugar a Dios por darme vida y haberme permitido llegar a concluir esta etapa por todas las bendiciones que he tenido.

A mis abuelos: Julio Laos por haberme criado, educado y apoyado durante mi carrera, por ser como un padre. A mi abuelita María de Jesús por todos los regaños, todos los consejos, por haber velado por mi cuando era un niño y por ser además de abuela un madre enérgica.

A mis padres Guadalupe y Rogelio porque aunque no estuvieron conmigo jamás se olvidaron de mi y durante la carrera me apoyaron incondicionalmente tratando de dejarme una herencia “mi profesión”.

Armando por ser un excelente hermano por estar siempre en los momentos buenos y malos por ayudarme durante todos estos años con “el plan carnalito”.

ALMA LESLIE por haberme apoyado en todos los tropiezos que tuve a lo largo de la carrera, por haber festejado mis pequeños triunfos, brindarme su ayuda incondicional, por ser una excelente novia siempre te estaré agradecido por todo lo bueno que me diste amor de mi vida.

A mis hermanas Ada, Cinthya y Nancy por estar ahí siempre que las he necesitado.

A mis tíos Ricardo y Tere por haberme cobijado todas las noches a la hora cenar cuando más hambre tuve.

A mi tío Álvaro por todas las enseñanzas que me ha dado a lo largo de mi vida y haberme extendido su mano durante la carrera.

Marcelino Moreno y Guillermina Salinas por haber abierto las puertas de su hogar y tratarme como un miembro de su familia los quiero mucho.

A mis amigos de la carrera Victor, Edward, Andrea por todos los momentos que viví con ellos durante la estancia en la facultad, las presiones de los exámenes, la clínica, clases, las retas de fútbol, comida etc. y tener buenos recuerdos de mi formación.

Universidad Nacional Autónoma de México por la formación que me dio y que espero retribuir en un futuro.

Tutor Eduardo Gonzalo Andreu Almanza por dirigirme y haber dedicado tiempo a la elaboración de esta tesina.

A todos los que llegaron a ser mis pacientes, sin ellos no lo hubiera logrado, que aun sabiendo que no tenía práctica confiaron en mí y “abrieron la boca”.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO	7
CAPÍTULO I EVALUACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO DE PRÓTESIS	8
1.1 Historia clínica	8
1.2 Modelos de estudio y radiografías	10
1.3 Evaluación de los tejidos de soporte	11
1.4 Clasificación de recesión gingival	15
1.5 Línea de la sonrisa	17
CAPÍTULO II PRÓTESIS GINGIVAL FIJA PARA DIENTES CON RECESIÓN	19
2.1 Carilla gingival de porcelana	19
2.1.1 Procedimiento	21
2.1.2 Indicaciones y Contraindicaciones	28
2.2 Restauración gingival por medio de composite color rosa	30
CAPÍTULO III PRÓTESIS GINGIVAL REMOVIBLE PARA DIENTES CON RECESIÓN	34
3.1 Chapa gingival removible	34
3.1.1 Procedimiento	36
3.1.2 Ventajas y desventajas	43
CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46



INTRODUCCIÓN

La cavidad bucal es una de las partes del cuerpo más importantes, realiza varias funciones básicas del ser humano como comer y hablar, nos ayuda a interactuar por medio de la sonrisa con otras personas y no está exenta de padecer alguna enfermedad, dentro de las que podemos encontrar una diversidad, pueden ser virales, bacterianas, micóticas e incluso neoplásicas.

Devolver la salud a una cavidad bucal enferma a veces no es tan fácil ya que algunas de las enfermedades pueden producir daños irreversibles, que van desde una destrucción dentaria, una recesión de 2mm, la pérdida de una papila interdental, de uno o varios órganos dentales hasta una maxilectomía parcial. Esto puede presentarse como un reto para el cirujano dentista ya que más allá de devolver la función, implica restablecer la estética que se ha perdido. Este punto a veces puede ser el más complicado especialmente en aquellos pacientes que han sido sometidos a una terapia periodontal exitosa, extracciones muy destructivas, traumatismos, cirugías o condiciones congénitas. Para corregir cualquiera de los problemas ya mencionados, existen diferentes alternativas de tratamiento, entre ellas la prótesis dental, que puede ser fija o removible.

Éste trabajo se enfocará en la descripción de los diferentes tratamientos para los dientes que presenten recesión, limitando la parte estética de una prótesis en dientes anteriores.

La preservación o reproducción de la estética mucogingival puede ser difícil de lograr, tanto desde el punto de vista quirúrgico como protésico, en la actualidad se busca el desarrollo de ambas técnicas quirúrgicas y protésicas destinadas a mejorar o mantener estas características estéticas.



El propósito de esta tesina es proporcionar al cirujano dentista los conocimientos para elaborar prótesis gingival, caracterizarla y realizar tratamientos con la mayor estética posible cuando la cirugía no pueda brindarnos una solución.



OBJETIVO

Es describir en qué casos se debe hacer una prótesis gingival fija y en qué otros una prótesis gingival removible, así como las indicaciones y contraindicaciones, ventajas y desventajas, pero teniendo siempre en cuenta como una alternativa de tratamiento para devolver la estética a los dientes que por una enfermedad periodontal presenten recesiones clase IV de Miller.



CAPÍTULO I EVALUACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO DE PRÓTESIS

1.1 Historia clínica

Es el documento médico legal que está sujeta a los conceptos o mandatos de la ley en cuanto a la veracidad de su contenido ya que contiene todos los datos patológicos, psicológicos de un paciente, por medio de una narración escrita, ordenada, clara precisa y detallada de todos los datos relativos a un enfermo, anteriores y actuales, personales y familiares. Presenta una ficha de identificación, son todos aquellos datos que nos sirven para saber cómo se llama el paciente, su edad, donde vive, a que se dedica y la proporción de sus números telefónicos de su hogar y trabajo que van a ser importantes para estar en comunicación con nuestro paciente.

El padecimiento actual se debe analizar con precisión cuál ha sido el motivo de la consulta. Este motivo puede ser un problema evidente pero es importante que el paciente nos lo corrobore y se deberá escribir en la historia clínica con las palabras exactas de modo que en la historia clínica se citara textualmente. Cuando se proponga el plan de tratamiento se deberá presentar especial atención en la necesidad del paciente. Posteriormente pasaremos a los antecedentes heredo-familiares, donde se deberá indagar sobre sus familiares más cercanos si padecen alguna enfermedad como diabetes mellitus, enfermedades tiroideas, hipertensión arterial, cardiopatías nefropatías, enfermedades broncopulmonares, neurológicas mentales, enfermedades infectocontagiosas, reumáticas y neoplásicas. Uno de los apartados que se encuentran en la historia clínica es el interrogatorio por aparatos y sistemas, por el cual se deberá investigar de los diferentes aparatos del cuerpo como es: respiratorio, digestivo, cardiovascular, urinario, genital masculino o femenino,



endocrino, hematopoyético, musculo esquelético y nervioso buscando signos y síntomas para evaluar el estado de salud de nuestro paciente.

Los antecedentes personales no patológicos, en este apartado conoceremos si nuestro paciente es alérgico algún medicamento, si lo han intervenido quirúrgicamente, fracturas, quemaduras, si ha requerido transfusiones de sangre, convulsiones, si presenta alguna adicción al tabaco, alcohol o alguna droga. Después de la serie de preguntas pasaremos a la parte de la exploración física, donde se valorara el aspecto general del paciente, la marcha, complexión, movimientos anormales, actitud psicológica, cuidado personal, inspección de cabeza, articulación temporomandibular, cara, ojos, nariz, oídos, cuello, tronco así como extremidades superiores e inferiores. Se tomaran sus signos vitales: tensión arterial del brazo izquierdo y derecho, pulsaciones por minuto, frecuencia respiratoria, temperatura, peso y estatura.

El apartado quizá más importante en el área odontológica es sin duda exploración bucal, ya que esta no sólo va enfocarse a los dientes sino a todos las estructuras que componen la boca, lo haremos utilizando todos los métodos de exploración inspección, palpación, percusión y auscultación. Se deberán explorar labios, carrillos, vestíbulo, lengua, piso de boca y paladar buscando si hay presente signo o síntoma patológico para hacer un diagnóstico de presunción. Y por último los órganos dentales, se deberán revisar uno por uno con instrumentos de diagnóstico como lo es el explorador, sonda y espejo¹⁶.



1.2 Modelos de estudio y radiografías

Obtendremos los modelos por medio de una impresión con un hidrocoloide irreversible como puede ser alginato. Se deberán montar en el articulador en Relación Céntrica mediante registros inter colusales en cera o algún compuesto, en caso de que haya zonas edéntulas se tomara la dimensión ocluso-cervical de los espacios mediante bases con rodillo.

Una vez que los modelos de estudio estén articulados se podrá observar la distancia existente entre ambos maxilares, reproducir la Relación Céntrica, la máxima intercuspidad deslizamiento entre ambas posiciones así como movimientos de lateralidad y protrusión, llevar a cabo otros procedimientos como un encerado de diagnóstico que permitirá la evaluación y los posibles resultados finales de un tratamiento propuesto.

Los modelos de trabajos nos sirven como una herramienta imprescindible de gran apoyo para elaborar un plan de tratamiento ya que nos ofrece información valiosa de las necesidades de nuestro paciente que al hacer la exploración física a veces pasamos por desapercibido. Además de que nos ayuda a enseñarle a nuestro paciente los resultados que se desean obtener con el tratamiento.

Las radiografías intraorales proveen un abundante cantidad de información del periodonto que no puede ser obtenida por ningún otro método no invasivo, y aunque un diagnóstico valido no se puede hacer solo con radiografías el estudio completa los datos clínicos y es esencial para formular el plan de tratamiento ya que son indispensables para estimar el daño en los tejidos de sostén, determinar la extensión y la severidad de la destrucción del hueso alveolar, así como la proporción de la corona con respecto a la raíz, esto va ser de gran utilidad en un tratamiento protésico. La radiografía panorámica suministra una buena visión de las estructuras bucales, pero no muestra suficientes detalles, a diferencia de las radiografías periapicales que nos permiten ver con más detalle algún problema periodontal que estuviera presente⁸.



1.2 Evaluación de los tejidos de soporte

Para elaborar un plan de tratamiento protésico primero se deberán evaluar los tejidos de sostén ya que al realizar una prótesis en cavidad bucal el periodonto es un factor que determinara gran parte del éxito o fracaso.

La función principal del periodonto es insertar a los órganos dentales a los maxilares, el aparato de inserción experimenta algunas modificaciones con la edad, enfermedades en boca o sistémicas, además de que está sujeta a alteraciones morfológicas y funcionales debidas a alteraciones del medio bucal. Describiremos el periodonto en estado de salud y como se llevara a cabo la evaluación de cada estructura para que el cirujano dentista pueda realizar un buen diagnóstico y plan de tratamiento. (Figura 1²⁰).

La encía: Es parte de la mucosa masticatoria que recubre la apófisis alveolar y rodea la porción cervical de los dientes en un estado de salud, se puede distinguir dos partes de la encía: libre y en esta se encuentra comprendida las papilas interdientarias y la encía adherida. La encía libre es de color rosa coral, tiene una superficie opaca, consistencia firme y comprende la zona vestibular, palatina, lingual y las papilas interdientarias, estas últimas determinan la relaciones de contacto entre los dientes, la anchura de las superficies dentarias proximales protegiendo la unión amelocementaria. Las papilas son de gran importancia para el tratamiento de una prótesis fija o removible ya que de esto dependerá mucho la estética de tratamiento.

La encía adherida se extiende en dirección apical hacia la unión mucogingival donde se comunica con la mucosa alveolar, tiene una textura firme con un punteado delicado denominado cascara de naranja este tipo de mucosa está firmemente adherido al hueso alveolar.



Evaluación: Se anota y registra el color, la textura, el tamaño, el contorno, la consistencia y la posición. La encía deberá estar firme y resiliente, sin aumento de volumen o hiperplásica con su textura de cascara de naranja, que no presente exudado o sangre a causa de placa bacteriana, calculo dental supra o subgingival de modo que este en estado de salud¹¹.

Ligamento periodontal: Es el tejido conectivo blando muy vascularizado y celular que rodea los dientes y une el cemento radicular con la lámina dura de hueso alveolar propio. Cumple diferentes funciones: Posibilita la distribución y absorción de las fuerzas generadas durante la función masticatoria y en otros contactos dentarios como lo son los hábitos parafuncionales. El ligamento periodontal determina la movilidad dental en gran medida por la anchura, altura y calidad de la misma. El diente esta insertado al hueso por haces de fibras de colágenas que pueden dividirse en los siguientes grupos principales:

- A) Fibras de la cresta alveolar
- B) Fibras horizontales
- C) Fibras oblicuas
- D) Fibras apicales.

Dichas fibras de colágenas durante el proceso de maduración, quedan incluidas en el cemento recién formado por debajo del límite cemento adamantino, es por eso que cuando hay presencia de enfermedad periodontal las fibras se van elongando debido a que el tejido del cemento donde se insertan está contaminado y puede haber presencia de movilidad dentaria. Este sería un problema para la elaboración de una prótesis bucal.

Evaluación: Se sondeara por vestibular, palatino o lingual del diente que forme parte del tratamiento protésico verificando el estado de salud del surco gingival y radiográficamente se observara el espacio del ligamento



periodontal si esta ensanchado o hay alguna otra alteración. La detección de la movilidad dentaria es otro dato importante y la evaluación se llevara a cabo en sentido vertical como horizontal en los dientes que lo requieran:

- Grado I: Presenta movilidad en sentido horizontal poco más que fisiológico.
- Grado II: La movilidad está más acentuada en el sentido horizontal por más de 2mm, en sentido vertical no presenta alteración.
- Grado III: Hay movilidad en sentido horizontal en vertical presentando intrusión y extrusión del órgano dental.

Cemento radicular: Es un tejido mineralizado especializado que recubre las superficies radiculares, no contiene un paquete vasculonervioso, no experimenta reabsorción ni remodelado fisiológico, pero se caracteriza por estar depositándose continuamente durante toda la vida. Cumple con dos funciones principales, la primera es que en él se insertan las fibras periodontales y la segunda contribuye al proceso de reparación consecutivo a un daño en la superficie radicular. Se conocen dos tipos de cemento: 1) cemento primario o acelular es el que se forma conjuntamente con la raíz en la erupción del diente. 2) Cemento secundario o celular, que es una respuesta a las exigencias funcionales, esto es que va aumentando su espesor durante toda la vida mediante el depósito de capas nuevas¹¹.

Hueso alveolar: Es aquella parte del maxilar y la mandíbula que forma y sostienen los alveolos de los dientes. El primero está constituido principalmente por hueso esponjoso que contiene trabéculas óseas y la mandíbula está por hueso compacto, de los tejidos de sostén el hueso es que tiene mayor aporte sanguíneo y celular, lleva un remodelado óseo durante toda la vida. Tiene dos componentes el hueso alveolar propio que es el que sostiene a los dientes y es el que se pierde o reabsorbe cuando

hay ausencia de algún diente y la apófisis alveolar que conforma los maxilares superior e inferior.

Evaluación: La identificación del nivel de inserción nos ayudara a determinar la cantidad de destrucción periodontal. Esta medida también proporcionara información adecuada con respecto al pronóstico de los dientes individuales. Consiste entre la medición más apical del sondeo a la unión amelocementaria.

En la zona vestibular de ambos maxilares se buscara que haya un recubrimiento óseo en caso de que no lo haya se podrá decir que existe una dehiscencia, esto nos puede provocar un problema de estética si se encuentra en la parte superior y existe una línea de sonrisa alta. Pero si hay algo de hueso presente en la porción más coronal de esta zona se dirá que hay una fenestración la cual nos será más favorable a la hora de realizar un tratamiento protésico¹¹.

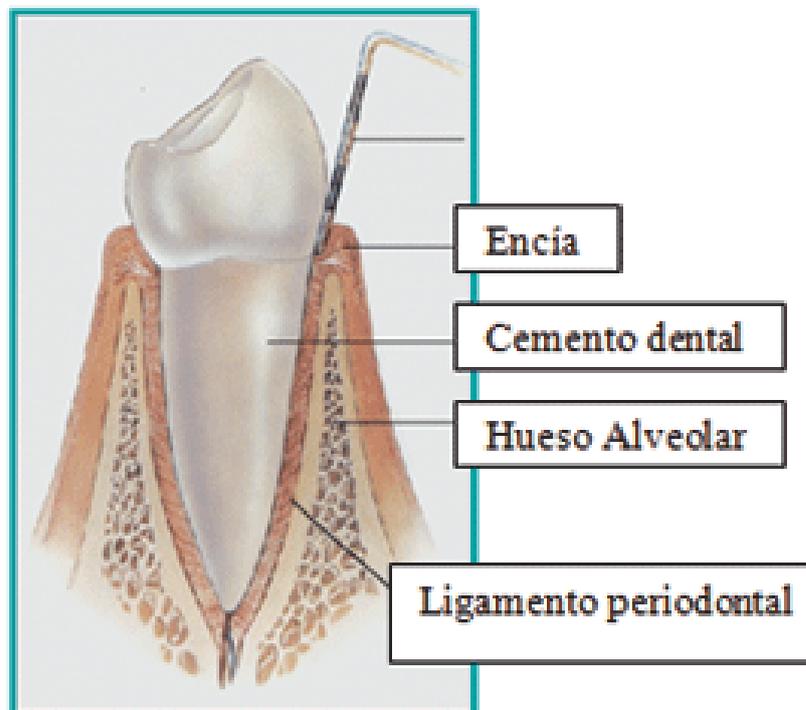


Figura 1 Se observan los tejidos del periodonto y la forma en que se introduce la sonda en el surco.



1.3 Clasificación de recesión gingival

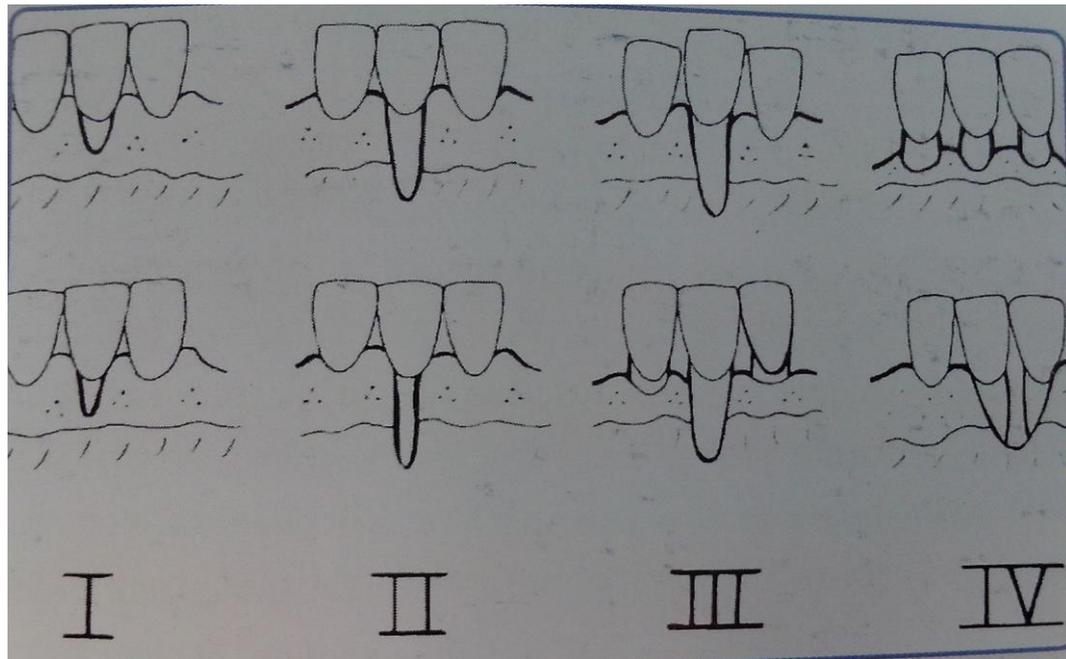
Recesión Gingival: Es el desplazamiento del tejido gingival marginal hacia la zona apical del límite del tercio cervical que tenemos como referencia la unión del esmalte y el cemento con exposición de la superficie radicular, la etiología es multifactorial debido a que se puede presentar por una agresión física, como son niveles altos de higiene al llevar un cepillado vigoroso provocando recesiones gingivales o por higiene escasa la presencia de placa llega a presentar enfermedad periodontal como lo es la periodontitis severa que destruye los tejidos de soporte provocando el desplazamiento del margen gingival. Miller 1985 escribió una clasificación útil de los defectos recesivos tomando en consideración el recubrimiento radicular, su éxito con una terapia quirúrgica y sus limitaciones.

CLASE I: Recesión de tejido marginal no extendida hasta la unión mucogingival. No hay pérdida de hueso ni de tejido interdental.

CLASE II: Recesión de tejido marginal extendida hasta la unión mucogingival o que la excede. No hay pérdida de hueso o de tejido blando interdental.

CLASE III: Recesión del tejido marginal extendida hasta la unión mucogingival o que la excede. La pérdida de hueso o tejido blando interdental es apical respecto de la conexión cementoadamantina, pero coronaria respecto de la extensión apical de la recesión de tejido marginal.

CLASE IV: Recesión de tejido marginal que se extiende más allá de la unión mucogingival. La pérdida de hueso interdental llega hasta un nivel apical en relación con la extensión de la recesión del tejido marginal¹¹.
Figura 2³.



Figuras 2 Es un esquema de la clasificación de Miller y la destrucción del tejido de soporte: I) se muestra la recesión donde solo abarca tejido blando, II) muestra la recesión tejido blando si abarcar las papilas interdentes, III) ejemplifica la recesión abarcando más tejido óseo y las papilas interdentes y IV) muestra la destrucción del tejido óseo y la pérdida de las papilas interdentes por completo.

Este punto va a ser fundamental para la elaboración de nuestro tratamiento en la parte anterior cuando existen dientes con recesión gingival. Como lo indica la clasificación de Miller, la clase uno y dos, las llevaremos con un plan interdisciplinario con cirugía periodontal, logrando cubrir por completo las recesiones de modo que el pronóstico es favorable respecto a la función y estética. En el caso de la clase tres se podrán realizar un tratamiento quirúrgico pero va a estar limitada su capacidad de lograr cubrir la recesión gingival de modo que no se llegara a cubrir por completo. En la clase cuatro donde no está indicada la cirugía periodontal debido a su nula capacidad de cubrir recesiones gingivales se deberá buscar otra alternativa como lo es la prótesis gingival, es excelente alternativa que puede cubrir los triángulos oscuros que se han producido por la pérdida de las papilas interdentes y la altura de las crestas alveolares. Así como dar solución a otros problemas en la recesión clase cuatro.



1.5 Línea de la sonrisa

El clínico debe estar conciente de la importancia de la sonrisa gingival o “línea de la sonrisa alta” para la elaboración de un tratamiento protésico. Cuando un paciente sonríe, el labio superior debe de exponer toda la cara de los incisivos centrales. Sin embargo, algunos pacientes muestran un exceso de encía cuando sonríen, lo que resulta poco estético. La asociación armoniosa del borde incisivo superior y el labio inferior durante la sonrisa suave orientan la reconstrucción de la forma y largura de la corona clínica. Los incisivos laterales quedan a una distancia de 0.5 a 1.5 mm del labio inferior, al paso que los incisivos centrales y caninos tocan prácticamente el labio inferior. La línea oclusal definida por los bordes incisales y cúspide de los caninos y premolares debe estar en conformidad con la línea de la comisura labial, para su evaluación se deberá observar que no haya alguna asimetría. Esa condición es esencial para una sonrisa agradable. Existen básicamente tres tipos de sonrisa: alta media y baja, que se establecen mediante una sonrisa relajada:

- Alta: muestra la altura total de los dientes y expone 3mm o más de encía.
- Media: Expone hasta 3mm de encía.
- Baja: esconde el área cervical de los dientes y a veces ni la punta de la papila se puede observar.

Los pacientes con línea de la sonrisa alta, van a ser un reto para el cirujano dentista a la hora que se ve envuelto en la necesidad de realizar un tratamiento en la zona anterior, debido a que muestran más los tejidos gingivales y cuando se ha llevado un tratamiento periodontal exitoso como una periodontitis donde la destrucción de los tejidos de soporte han provocado recesiones tipo III y IV de la clasificación de Miller exige mayores cuidados restauradores para respetar y optimizar la relación dentogingival. En los casos donde la línea labial superior es baja los

defectos gingivales no son visibles, lo que va a facilitar los trabajos restauradores¹². Figura 3¹⁶.

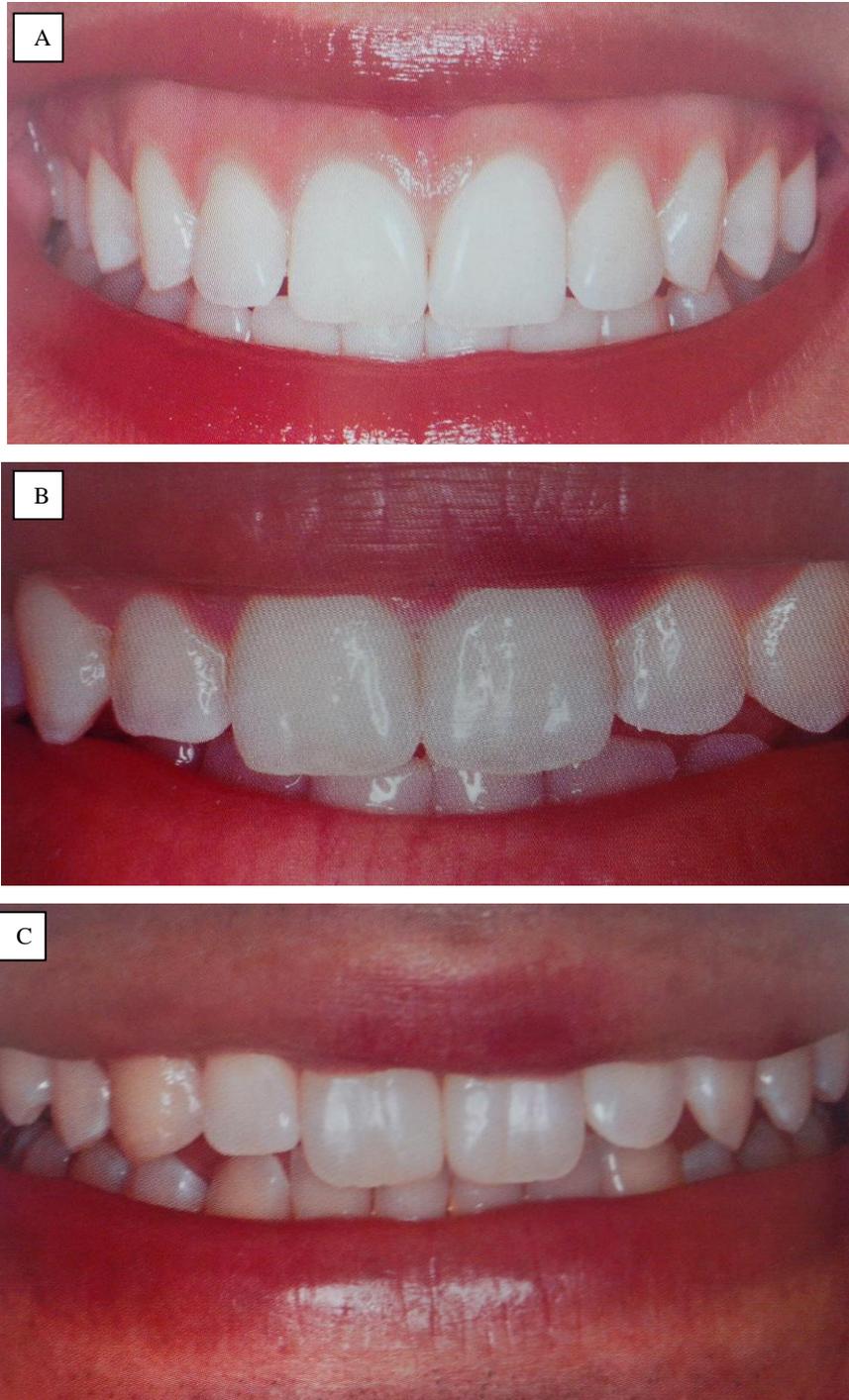


Figura 3 Se muestran las diferentes líneas de la sonrisa que podemos encontrar en los pacientes. A) Alta es donde más se muestra tejido gingival. B) Media se muestra tejido gingival pero menos. C) Baja no muestra tejido gingival y se puede observar el tejido gingival que muestra cada una.



CAPÍTULO II PRÓTESIS GINGIVAL FIJA EN DIENTES ANTERIORES CON RECESIÓN

2.1 Carilla gingival de porcelana

La pérdida de la estructura de los dientes y los tejidos blando circundantes periodontales puede ocurrir debido a diversos factores, incluyendo, abfracción, abrasión, erosión y caries dental, son las razones más comunes que pueden provocar la pérdida del tejido duro de los dientes en el tercio cervical. Las enfermedades hereditarias, enfermedades periodontales, la pérdida del hueso alveolar, restauraciones defectuosas y los contactos prematuros pueden causar la pérdida del tejido de sostén provocando recesiones gingivales teniendo como resultado, “triángulos oscuros”, lo que produce un aumento de la longitud de la corona clínica causando problemas estéticos. Figura 4⁴.

La línea del labio, línea gingival y longitud de la corona anatómica son factores importantes para el resultado estético. Una línea de la sonrisa alta puede ser un obstáculo para el logro de los resultados estéticos. Para solucionar estos problemas la carilla gingival puede ser una elección de tratamiento de prótesis fija. Se revisará la elaboración de una carilla convencional con sus modificaciones para que sea una chapa gingival. Las carillas son una capa delgada de porcelana que se cementa a la superficie vestibular de los dientes anteriores y es sumamente fuerte una vez colocada en el diente, lo cual es el resultado de la excelente unión entre el esmalte y la porcelana por medio de los adhesivos en conjunto de cementos de resina. La gran ventaja es que el desgaste del tejido dental es mínimo, la modificación es que no sólo se realizará el desgaste en esmalte de la corona clínica, sino que abarcara le dentina de la recesión del diente a tratar para realizar la chapa gingival, esta va tener como objetivo restaurar el contorno mucogingival y brindar estética en las zonas

donde los tejidos periodontales se han perdido. Usar una prótesis fija como lo es la carilla con cerámica color rosa se indica para el tratamiento de la recesión gingival, para imitar la encía pérdida y para proporcionar una longitud anatómica de un diente natural.

Durante los últimos veinte años, un número de nuevas chapas de porcelana se han desarrollado para cumplir con las necesidades estéticas del dentista y el paciente, a pesar de que es una modalidad de tratamiento viable, las chapas gingivales no han sido definidas por el glosario de términos de prostodoncia⁴.

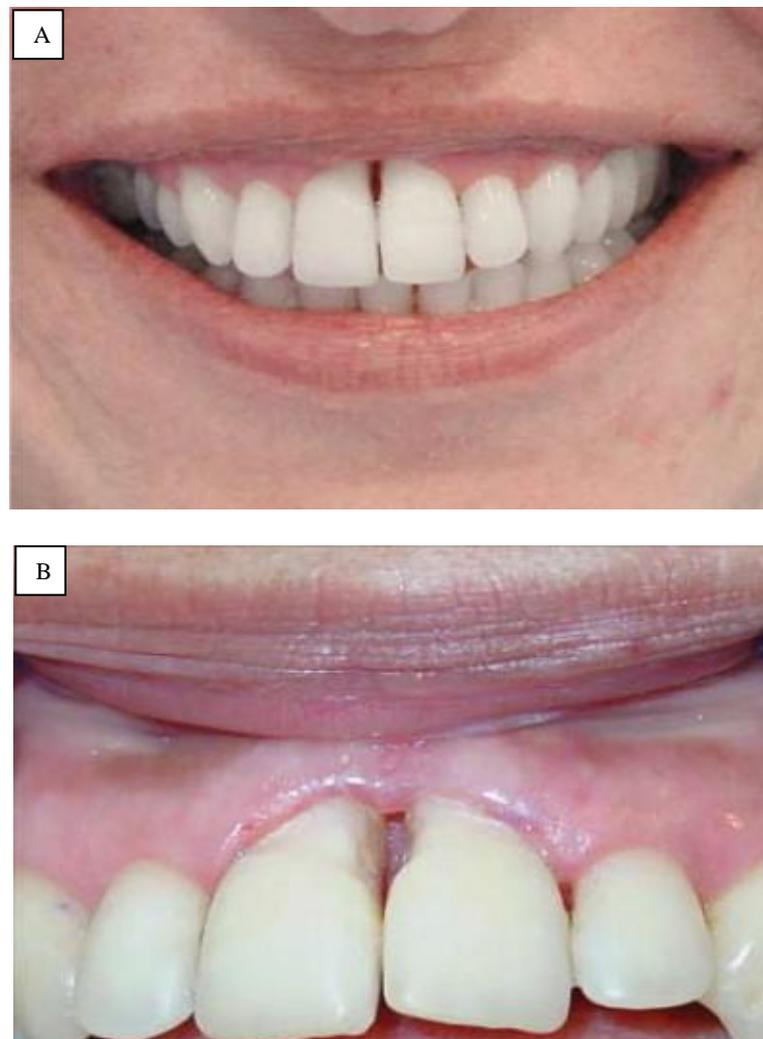


Figura 4 A) se muestra una línea de la sonrisa mediana pero que deja ver la pérdida de la papila interdentaria provocando que se vea antiestético; B) se muestra una recesión clase IV Miller.

2.1.1 Procedimiento

EL diagnóstico y tratamiento correctos se basa en la evaluación de los datos obtenidos en la historia clínica, examen periodontal, evaluación radiográfica, modelos de estudio y línea de la sonrisa, es muy importante tomar en cuenta el motivo de la consulta dentro del plan de tratamiento que le planteemos y deberá cubrir lo que el paciente nos ha hecho saber cómo prioridad. El odontólogo deberá de identificar y de haber eliminado los factores que han causado la recesión gingival, ya sean provocados por una agresión física, química o bacteriana, si se requiere un tratamiento multidisciplinario se llevara a cabo. Se dará inicio al tratamiento sólo cuando la cavidad bucal esté en condiciones de salud⁴.

- A. Se tomaran una impresión para obtener los modelos preliminares.
- B. Se llevarán al articulador y se deberá realizar un encerado de diagnóstico en el cual se cubrirá el área gingival para imitar la encía que se ha perdido, podremos modelar a nuestro gusto y con detenimiento e incluso dependiendo de la recesión se puede realizar en el mismo paciente nos ayudara a predecir el resultado definitivo. Una vez visualizado y aceptado por el paciente se comenzara el tratamiento. Figura 5⁴.



Figura 5 Encerado de diagnóstico en boca de paciente para ver como se pretende que quede la carilla gingival.



- C. Las preparaciones para carillas de porcelana, es la técnica más conservadora de la prótesis fija, la preparación es mínima y se limita al esmalte, en el caso de los dientes con recesión abarcara dentina de la raíz, envolviendo solamente la o las superficies afectadas, si la corona clínica no se le quiere modificar nada no será necesario hacer el desgaste de modo que se limitara a sólo el área de la recesión.
- D. Primero se realizaran llaves de silicona pesada del segmento que se va trabajar para poder verificar el desgaste y no hacerlo excesivo, es importante llevar acabo la preparación a la profundidad adecuada, ya que en casos donde la profundidad de la preparación sea insuficiente, resultara una carilla sobre contorneada. Es importante tener en cuenta que el espesor del desgaste varía dependiendo el color del sustrato, reconociendo que para alterar el tono del sustrato se debe optar por mayor profundidad de la preparación aproximadamente de 0.5 a 1.0 mm.

En caso donde el sustrato este más oscuro el espesor tan fino de la carilla no es suficiente para enmascarar el defecto, así que deberá efectuarse la preparación con mayor profundidad. En la cuestión de los dientes con recesión y la cerámica color “rosa” no abra problema en este punto ya que debido al color no presenta translucidez.

- E. La preparación uniforme requerida puede alcanzarse por medio de diferentes técnicas. Una de ellas para mejorar el espesor del desgaste, es utilizar piedras de corte de diamante que calibra la profundidad del mismo a través de surcos de orientación, aunado con las llaves de silicona pueden ayudarnos a obtener nuestra preparación.



- F. Inicialmente se hace el desgaste en la superficie vestibular siguiendo las dos inclinaciones de la forma anatómica vestibular del diente. Para este paso se puede utilizar en primer lugar un recortador de profundidad, con tres ruedas de diamante que creara surcos de orientación de profundidad en el tercio gingival de la superficie vestibular. Si las ruedas penetran el esmalte hasta que el tallo contacte la superficie, se creara un surco de orientación de 0.3 mm de profundidad. Un segundo instrumento de corte eliminara la estructura dentaria que queda entre los surcos de orientación, se utiliza una fresa de corte de diamante punta roma de ligera conicidad, que proporcionara la reducción correcta de la zona medial incisal de la superficie vestibular y así se creara surcos de 0.5 mm de profundidad.
- G. La preparación del plano del área de la recesión vestibular deberá tener un terminado en forma de chaflán en combinación con una reducción labial de 0.5 mm.
- H. Es indispensable presentar mucha atención a los detalles de la terminación entre la encía y parte de la raíz durante la preparación y la colocación de carillas. Son varios aspectos que se tomaran en cuenta para decidir la ubicación de la línea de terminación con el fin de lograr las mejores características estéticas.
- I. Estas características son la presencia o no del esmalte, en el caso de dientes con recesión será en dentina, el color adecuado o las decoloraciones y la presencia de materiales de restauración.
- J. La línea de contacto proximal se efectúa en forma de chaflán con el fin de obtener un mejor resultado estético. En el área interproximal la reducción deberá extenderse hasta el área de contacto sin separarlo, y posteriormente por medio de cintas de lija de diamante, se desgastan las caras internas proximales hasta



separar de 0.5 a 0.1mm los puntos de contacto. Los contactos interdetales que se separan para identificar claramente la terminación de la preparación interproximal y para facilitar la separación de los modelos de trabajo en el laboratorio, sin dañar la línea de terminación interproximal facilitan el procedimiento de laboratorio el cual podrá efectuarse correctamente. En los dientes con recesión la preparación en interproximal se llevara a cabo lo más distal que se pueda del diente pensando en que parte de la chapa gingival se sobre contorneara para cubrir o sustituir la pérdida de las papilas.

- K. Terminación de la preparación se deberá realizar utilizando lupas, un medio de amplificación permite evaluar cuidadosamente la preparación, se aconseja evaluarla de varias angulaciones, asegúrese de eliminar todos los ángulos agudos que pueden causar concentraciones de tensión, especialmente en las uniones de las superficies preparadas.
- L. Si se coloca hilo retractor durante la terminación y de tallado final de la preparación, ayudara a proteger los tejidos gingivales durante el ajuste de la preparación y facilitará la impresión, en dientes que presenten recesión será la única función del hilo, en el caso de dientes sin recesión la colocación del hilo retractor tendrá otras funciones como a localizar perfectamente la unión cemento esmalte, evaluar el perfil de emergencia, visualizar el grosor del esmalte en la superficie cervical, proteger los tejidos gingivales durante el ajuste de la preparación facilitará la impresión.
- M. Proceda a eliminar las zonas agudas logrando una línea de terminación de la misma profundidad en toda su extensión, consiguiendo un suave y continuo contorno. Así mismo es importante eliminar las esquirlas de esmalte y dentina residuales que comúnmente se forman en la unión de los planos de



reducción residual vestibular, proximal e incisal. La preparación terminada no deberá tener ángulos agudos.

N. Una vez examinado la preparación y aprobada se realizara la impresión, debe ser una reproducción correcta de las estructuras bucales y las preparaciones, es uno más de los pasos que en conjunto logrará el éxito de cualquier tipo de prótesis. Antes de la impresión es necesario estar totalmente seguro de la forma y ubicación de la línea de terminación del margen de la preparación y que abarca por completo el espacio en el área de la recesión.

O. Es importante partir de esta premisa: “para poder impresionar la línea de terminación tenemos que verla”. No se puede impresionar algo que no se ve, o que no existe, por lo que si la preparación está bien efectuada y la línea de terminación está en un punto donde la vea el operador, éste será capaz de copiarla o impresionarla, lo que constituirá una gran ventaja para los siguientes pasos en el laboratorio, donde el técnico leerá claramente en los modelos la línea de terminación, efectuando una prótesis perfectamente adaptada al modelo, con la finalidad de obtener excelentes resultados clínicos. El material de elección será a base de polivinil siloxano o poliéter. El material de impresión es imprescindible que contenga las propiedades de reproducción de los detalles, resistente al desgarro, hidrofílicos y principalmente la propiedad de estabilidad dimensional. En la mayoría de los casos las carillas de porcelana forman parte del esquema oclusal del paciente, proporcionando guía protusiva o lateral. Por este motivo, los modelos deben hacerse a partir de impresiones completas y deben articularse.

P. La impresión debe de ser examinada con cuidado, poniendo especial énfasis en la definición de los márgenes, textura y



continuidad de la superficie del material de impresión, del suficiente material y observar que no existen desgarramientos ni deformaciones principalmente en el área interproximal, esto en los dientes con recesión. En el caso de tener dudas es conveniente tomar una segunda impresión⁸.

- Q. Las carilla gingivales fijas se fabricaran de cerámica color “rosa” en el área de la recesión y la corona clínica que va ser del tercio cervical al borde incisal llevara el color natural de los dientes del paciente, este se obtendrá de dientes que no presenten ninguna alteración y el color de la carilla se podrá obtener de un colorímetro de cerámica rosa que se presenta en los kit del producto.
- R. Para la elaboración de la carilla gingival va requerir una estrecha comunicación entre el odontólogo y el técnico dental, se le deberá explicar claramente la extensión de la chapa gingival en las zonas importantes como lo son el área interproximal, que va ser de gran importancia ya que como se revisó en el capítulo pasado es donde debido a las recesiones y la pérdida de las papilas se presenta los “triángulos oscuros” principales causas de que no haya armonía estética. Se mandara una fotografía intraoral y el modelo de trabajo, si es posible él técnico deberá asistir a la toma del color de la encía, para que se obtenga un mejor tratamiento⁴.
- S. Cementado de las carillas, es necesario ser cuidadoso en cada uno de los pasos y exigentes hasta el más mínimo detalle. Se retiran los provisionales procediendo a pulir la superficie de la preparación con una copa de hule. Se revisa el ajuste, adaptación y posición con respecto a la preparación. Una gota de agua o glicerina a la carilla a mantenerse en posición sobre el diente durante la prueba. Se puede desgastar si está muy sobrecontorneado con una fresa de diamante grano fino

- T. Se valora el color de carilla respecto el color de la encía tratando que sea el color más similar, la porcelana rosa es menos traslucida por lo que no presentara tantos problemas. El aspecto final de las carillas estará influido por el color de los dientes y el cemento empleado.
- U. Prepara la superficie de la superficie de la cerámica: Arenado con óxido de aluminio de 50 ml, a una presión de 25lb arenado durante 30 segundos por centímetro cuadrado. Se graba la porcelana con ácido fluorhídrico al 10% por un periodo de dos minutos. Se coloca silano para lograr la unión de la cerámica con la resina ya que son incompatibles, el silano deberá estar en contacto 5 minutos para obtener los efectos deseados. Se acondiciona el diente, se graba con acido fosfórico al 36% por 15 segundos, se lava profusamente durante 30 segundos y se coloca el adhesivo para poder cementar la carilla con un cemento dual.
- V. Se le dará indicaciones de cuidado de la prótesis, de higiene y se revisara cada seis meses. Figura 5⁴.



Figura 6 Carilla gingival terminada se observa la estética que nos puede brindar el tratamiento.



2.1.1 Indicaciones y Contraindicaciones

- Están indicadas en todos los tipos de hipoplasia del esmalte, tinciones intrínsecas como por tetraciclina o flurosis
- En dientes fracturados
- Cuando se desea cerrar diastemas
- Para la corrección de dientes anteriores con malformación anatómica
- Cuando se quiere restaura una guía anterior en incisivos y caninos desgastados
- Para incrementar la de longitud dental
- Mala estética por la falta de la papila interdientaria que llegan a provocar “triángulos oscuros”
- Dientes que presente la raíz expuesta o los márgenes de la corona
- Almacenamiento de alimentos en los espacios interdientales
- La falta de control de saliva
- Deterioro del habla
- Sensibilidad dentinaria
- Va estar indicado en dientes con recesión tipo II de Miller, cuando el paciente no quiera cubrir la recesión quirúrgicamente y en recesiones tipo III de Miller cuando la cirugía no logre cubrir por completo el defecto
- Cuando los defectos periodontales abarquen uno o dos órganos dentales en la parte anterior y haya una línea de la sonrisa alta
- Cuando la pérdida de tejido blando gingival cause un aumento en la longitud de la corona y el paciente lo requiera por estética



Considerando estas indicaciones la popularidad de las restauraciones con carillas de porcelana deben considerarse significativamente como una opción de tratamiento para los dientes que presentan recesión gingival.

- Va estar contraindicado cuando el paciente muestre una mala higiene bucal
- Terapia periodontal incompleta
- Alta actividad de caries⁷.



2.2 Restauración de la encía por medio de composite de color rosa

La utilización de resina de material compuesto de color rosa como un tejido gingival artificial fue descrito por primera vez por Zalkind y Hochman (1997) como un defecto en el tercio cervical del diente. Cuando se utiliza para la restauración de los tejidos blandos, el contorno cervical debe de ser tratado de tal manera que se evite la acumulación de placa. Ontología estética implica la integración armoniosa de diseño de sonrisa, la concepción y la selección de material. Esto se logra mediante un conocimiento exhaustivo de la estética facial, la morfología dental, técnicas de restauración y materiales disponibles entre ellos la resina.

Los pacientes con periodontitis avanzada pueden presentar recesión gingival y pérdida de hueso de la cresta que va abrir las troneras por la pérdida de la papila interdientaria provocando “triángulos negros”. El tratamiento quirúrgico en recesiones tipo IV de Miller no está indicado porque no brinda resultados predecibles e incluso puede provocar que la recesión se haga más grande. En esos casos la prótesis se deberá encargar restablecer la estética gingival y solucionar dichos problemas que son provocados por una recesión, con materiales como lo es la composite de color “rosa”. Que puede superar las limitaciones de los injertos y ser una buena alternativa para la reconstrucción de los tejidos periodontales perdidos¹⁹. Figura 7¹⁸.



Figura 7 A) línea de la sonrisa mediana con pérdida de tejido gingival, se observan los triángulos oscuros dando una apariencia antiestética; B) en el maxilar se observa recesiones clase IV de Miller y en la mandíbula clases III limitando un tratamiento quirúrgico.

- Existen diferentes marcas de composite color rosa para caracterizar la encía faltante. El odontólogo tendrá que elegir el tono más adecuado, o bien, el que se aproxime a la pigmentación de la encía a restituir. Figura 8.



Figura 8 composite color rosa útil para la restauración de las recesiones y devolver estética.^{FD}

- Los dientes a tratar deberán ser aislados ya sea con un aislado absoluto con dique de hule o relativo con rollos de algodones.
- Se deberán grabar con ácido fosfórico al 36% durante 15 segundos.
- Se deberá lavar 30 segundos con abundante agua.
- Se empezará a colocar adhesivo por capas y entre cada capa se insuflará aire suavemente para que el adhesivo quede una capa muy delgada y se fotocura.
- Una vez terminado de colocar el adhesivo se procede a la colocación del composite color rosa por capas de 2mm y entre cada capa se fotocura 40 segundos.

- Posteriormente se comienza con la caracterización de la encía dando forma a las papilas interdentes y se festonea. Una vez que se adquiere la forma deseada se fotocura como ya se menciona.
- Y una vez cumplidos estos pasos, se concluye con el pulido de la resina, con ayuda de copas para pulir. Figura 9¹⁹.
- Se deberá instruir al paciente con medidas de higiene y cuidado de la resina colocada. Así como también, se concientizará de la importancia que tiene la revisión periódica de su salud bucal y el estado del composite que con anterioridad se colocó.





CAPÍTULO III PRÓTESIS GINGIVAL REMOVIBLE PARA DIENTES CON RECESIÓN

3.1 Chapa gingival removible

Cuando hay algún problema de tejidos de soporte o el remplazo de algún diente en la zona del maxilar superior se presenta como un gran reto para el cirujanos dentistas y más cuando la perdida incluye cantidades significativas de la cresta residual y el tejido blando que lo acompaña. Los defectos en la cresta alveolar pueden complicar el diseño y la fabricación de prótesis dentales parciales fijas como lo son las carillas gingivales. Figura 10⁵.

Otro problema en la zona anterior es la estética que se complica por la recesión gingival como ya se ha mencionado en los capítulos pasados. La pérdida de tejido duro y blando puede resultar en amplia longitud de corona, causando problemas estéticos e hipersensibilidad de la raíz.

La selección del mejor tratamiento estético de prótesis de los dientes con recesión gingival en la región anterior puede ser difícil. En estas situaciones, la línea del labio, línea gingival y longitud de la corona anatómica son factores importantes para obtener resultados estéticos, así como un buen apoyo del labio. Una línea de sonrisa alta puede ser un obstáculo para el logro de un resultado estético.

Aunque se han propuesto muchos procedimientos quirúrgicos para el aumento de las estructuras de tejido óseo y blando, no se pueden dar con certeza resultados predecibles, además muchos pacientes no responden o tienen enfermedades sistémicas, que contraindican cirugías orales invasivas tales como injertos de tejido óseo y blando. Para estos pacientes, la sustitución protésica con materiales utilizados en la prótesis gingival incluyen acrílicos autocurable o termocurable color rosa,

porcelanas, resinas compuestas o acrílicos termoplásticos, así como también materiales suaves a base de silicona. Pueden brindarnos un tratamiento predecible a la sustitución de la arquitectura del tejido perdido.



Figura 10 A) Paciente con la pérdida de los OD 11 y 21, recesiones clase III; B) Paciente rehabilitado con prótesis fija presentando ponticos OD 11 y 21 pero con presencia de “triángulos oscuros” debido a la ausencia de los dientes.

3.1.1 Procedimiento

Se elabora la historia clínica, se toman impresiones para la obtención de modelos de estudio, se llevaran al articulador y se realizara un encerado de diagnóstico. La chapa gingival removible puede ser opción de tratamiento en el caso de dientes con recesión o puede complementar a una prótesis fija como lo son las coronas de metal cerámica que a veces se hacen sobre contorneadas y más largas para cubrir los espacios de los tejidos perdidos o de implantes (figura 11). Eso se determinara según el grado de destrucción periodontal que exista (figura12¹⁴).



Figura 11 Paciente con coronas sobre extendidas para cubrir las recesiones y la pérdida de las papilas interdentes.

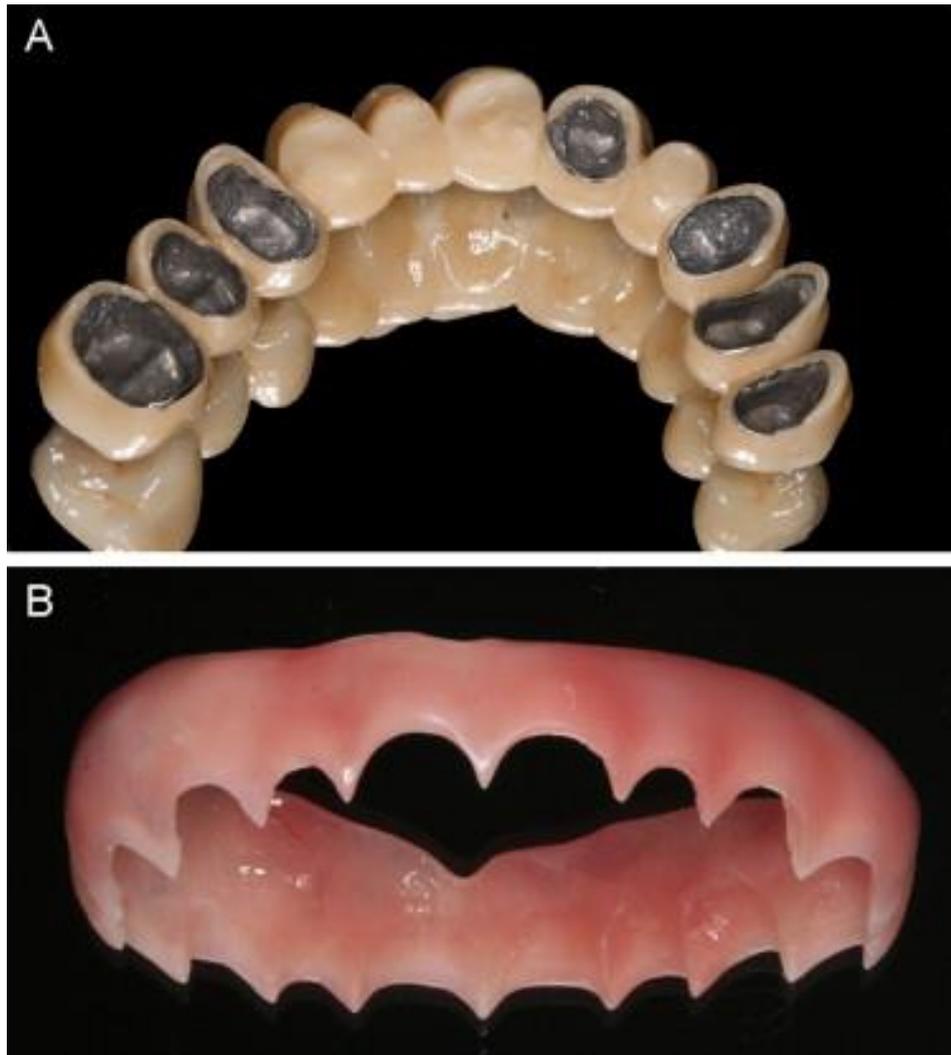


Figura 12 (A) la imagen muestra coronas de metal cerámica el primer paso del tratamiento para poder realizar una chapa gingival removible; (B) chapa gingival removibles.

La prótesis gingival removible puede ser fabricada de resina, silicona y acrílico, todos estos materiales han demostrado ser aceptables en estabilidad de color. Además de que pueden satisfacer los requisitos de apoyo del labio, pueden mejorar el habla mediante la eliminación de la fuga de aire, evitan que a la hora de la masticación se acumulen restos de alimento entre las zonas interproximales de los dientes.

Si es el caso que sea un complemento de una prótesis fija, como puede ser coronas de metal cerámica o implantes, para realizar la prótesis gingival removible primero se deberá terminar el tratamiento de prótesis fija. Figura13¹⁴



Figura 13 Coronas cementadas caracterizadas, en vez de ser coronas más largas se divide la corona clínica y la raíz dental, lista para la colocación de una chapa gingival removible.

- Se tomara una impresión con alginato para obtener un modelo de trabajo en el cual se elabora un porta impresiones individual con acrílico autocurable.
- Una vez que se tiene el porta impresión se deberá hacer una rectificación de bordes principalmente el frenillo labial ya que este puede presentar un problema en la chapa gingival removible.
- Para la toma de la impresión las caras linguales se bloquean con cera o alginato tratando que sea una capa delgada para evitar que el material lo degluta el paciente y con esto se logra que el espacio interproximal no quede atrapado y se desgarre a la hora de retirar el porta impresión, saliendo así intacto. Se procederá a tomar

impresión con silicona por condensación o polieter. El modelo de trabajo será obtenido con yeso tipo IV (figura14)⁹.

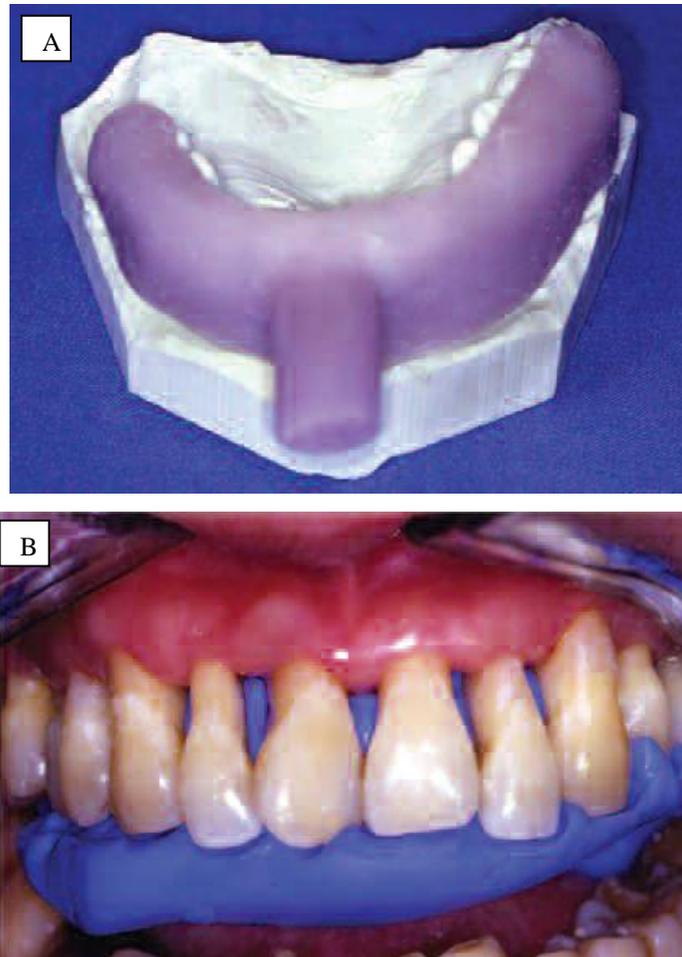


Figura 14 A) se muestra él porta impresión individual; B) se muestra como se debe bloquear los dientes por palatino para que el material no se desgarre en este caso es con alginate.

- En el modelo de trabajo se delimitara la frontera de la corona con lo que será nuestra futura prótesis gingival extraíble y se abarcaran los dientes que presentes recesiones.
- Se realizara un encerado en el que se modelara la chapa gingival extraíble donde se evaluara el tamaño, se delimita con el fondo de



saco, las papilas interdentes y en caso de que haya un púntico o un colapso se podrá modelar para corregir los defectos.

- Como con la chapa gingival extraíble se pretende mejorar la estética del segmento anterior, se deberá usar un colorímetro de acrílico color rosa para obtener el tono que más se le parezca a la encía de nuestro paciente en caso de que tenga melanosia racial se deberá tomar todas las anotaciones pertinentes para su caracterización. Si se manda con algún técnico dental se le deberá especificar que tono y marca del acrílico así como una foto de la encía del paciente.
- Se podrá elaborar con acrílico termocurable el cual se deberá enmuflar o acrílico autocurable que se realizara con una técnica de espolvoreado.
- En el caso del acrílico termocurable se deberá recortar el modelo de preferencia que abarque tres milímetros más de donde llegue la chapa gingival extraíble, se enfrascara convencionalmente.
- A la hora de des encerado se podrá caracterizar la chapa gingival tratando de imitar los pigmentos que presente el paciente, incluso hacer zonas eritematosas.
- En el caso del realizarla con acrílico autocurable se procederá a saturar con agua el modelo para evitar la porosidad, luego se deberá cubrir con separador de acrílico, se le colocaran tres capas en un solo sentido con un pince. Se realizara el espolvoreado del acrílico y el liquido uniformemente y evitando que el acrílico se reseque y se irá caracterizando. Y por último se agrega una capa de acrílico transparente⁹. Figura15^{14, 5}.



Figura 15 A) la realización de la chapa gingival en un modelo de trabajo con los provisionales; B) chapa gingival removible caracterizada con pigmentos dando la apariencia de una zona eritematosa.

- El acabado de la chapa gingival extraíbles se polimerizo durante 5 minutos a 60° C bajo una presión de ATU. Se almaceno en agua durante toda la noche, y luego el acabado y el pulido se completa con los métodos convencionales.

- Para los procedimientos de pulido se utiliza cepillos de pulido con polvo pómez y poliacril todo el procedimiento de pulido se deberá realizar en el modelo de trabajo ya que es fácil que en la manipulación se rompa la prótesis.
- La adaptación de la prótesis y el recortado de las fronteras de tejido blando de la prótesis gingival se evaluarán clínicamente en la boca del paciente.
- El paciente deberá ser instruido en la inserción que será vestibulo-palatino así como retirarla de boca y el mantenimiento de la chapa gingival extraíble⁶. Figura16^{14, 5}.

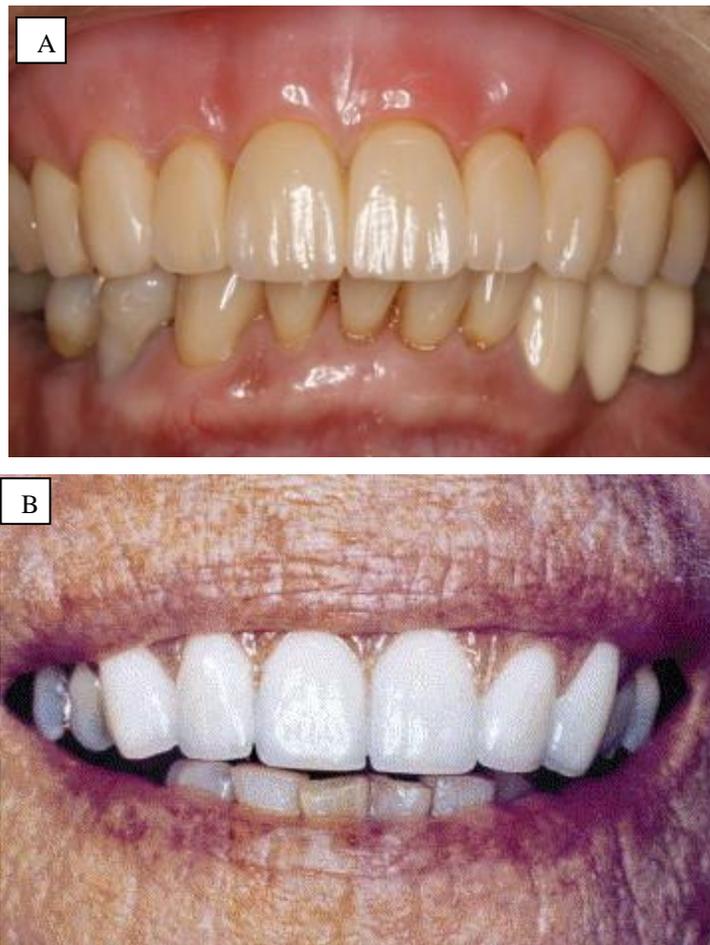


Figura 16 A) chapa gingival insertada en boca devolviendo la estética pérdida por los tejidos de soporte y B) la colocación de la chapa gingival y la prótesis fija devolviendo la estética que se había perdido.



3.1.2 Ventajas y Desventajas

- Se pueden remplazar mayor volumen de tejido perdido
 - Tiene mejor higiene debido a que se puede quitar para limpiarla
 - Está indicada cuando el paciente presente una enfermedad sistémica y no se pueda realizar un tratamiento quirúrgico
 - Es fácil que el paciente se adapte a la prótesis removible
 - Es eficaz en la solución de problemas fonéticos
 - Se puede caracterizar dando una apariencia de naturalidad y devolviendo la estética perdida⁹.
-
- Son susceptibles a la inhalación e ingestión
 - Puede fracturarse o romperse si se llegan a caer
 - Si no se realiza en un modelo que tenga fidelidad puede presentar problemas de retención
 - Si no realiza una limpieza adecuada puede retener placa así como puede albergar hongos o bacterias como es *Candida albicans*
 - Necesita mantenimiento regular y revisiones ocasionales¹⁴.



CONCLUSIONES

La prótesis gingival ha sido históricamente usada para reponer tejido perdido cuando otros métodos como lo es cirugía regenerativa, han sido impredecibles o imposibles de realizar. Se pueden reponer grandes cantidades de tejido de sostén principalmente hueso y encía, se logran realizar de diferentes formas y con diferentes materiales, algunos autores han descrito sus usos y métodos de elaboración.

Está indicado para reponer tejido perdido a causa de procedimientos quirúrgicos, traumatismos, resorción del proceso alveolar debido a una enfermedad periodontal severa o extracciones traumáticas que pueden dar como resultado recesiones gingivales con mucha destrucción de los tejidos de soporte. Encontramos entre las recesiones que requieren un tratamiento protésico debido a que la cirugía no puede tratar exitosamente, son las clases III y IV de la clasificación de Miller.

Cuando hay presencia de una línea de la sonrisa alta en la que por consecuencia se muestre más el tejido gingival puede presentarse como algo antiestético debido a que los dientes se ven elongados y se observan “triángulos oscuros” por la pérdida de la papila interdental, provocando en los pacientes problemas de seguridad y auto estima, así como es la hipersensibilidad, problemas en la fonación e incluso en la masticación.

Realizar una rehabilitación protésica gingival fija o removible puede ser una excelente alternativa de tratamiento para los dientes que presentan recesiones gingivales además de que puede ser un tratamiento predecible respecto a los resultados que uno espera obtener respecto a la estética, función, fonación e hipersensibilidad, es un tratamiento accesible para cualquier paciente, tiene la ventaja que se puede realizar con diferentes tipos de material como lo son acrílicos, resina composite y porcelana pigmentada de color rosa.



Con la chapa gingival se pueden obtener excelentes resultados y reponer un volumen amplio de la arquitectura de los tejidos periodontales.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acqua A, Espinosa R, Fernández E, Henao D, Kohen S, Mondelli J. Estética en odontología restauradora. Primera edición. Madrid. Editorial RIPANO. 2006.
2. Barzilay I, Tamblyn I. Gingival Prostheses — A Review. Journal of the Canadian Dental Association. 2003; 69: 74-78
3. Callisem. Prótesis fija estética un enfoque clínico e interdisciplinario. Primera edición. Madrid España. Editorial El Sevier. 2007
4. Capa Nuray. An alternative treatment approach to gingival recession: gingiva-colored partial porcelain veneers: A clinical report. J Prosthet Dent. 2007; 98: 82-84
5. Carvalho W, Barboza E, Gouvea C. The use of porcelain laminate veneers and a removable gingival prosthesis for a periodontally compromised patient: A clinical report. J Prosthet Dent. 2005; 93: 315-317
6. Cura C, Saraçoğlu A, Çöttert HS. Alternative method for connecting a removable gingival extension and fixed prosthesis: A clinical report. J ProsthetDent.2002; 88(1):1-3
7. Gopakumar Ashish. Conservative treatment of gingival recession: gingival veneer. Journal of esthetic and restorative Dentistry. 2012; 24 (6):385-393
8. Huedrj, et. Al. Odontología adhesiva y estética. Primera edición. Madrid. Editorial RIPANO. 2010
9. Kasaj H, willershausen B, zafiropoulosgg. Flexible gingival epithesis: treatment of recession defects. Dentistry today. 2009
10. Lai Y, Lui H, Lee S. In vitro color stability, stain resistance, and water sorption of four removable gingival flange materials. J Prosthet Dent. 2003; 90: 293-300



11. Lindhe J, Karring T, Lang N. Periodoncia clínica e implantología odontológica. Tercera Edición. falta el lugar de edición Editorial Panamericana. 2003
12. Marques s. Estética con resinas compuestas en dientes anteriores percepción, arte y naturalidad. Primera edición. Brasil. Editorial AMOLCA. 2006
13. Montagna F, Barbesi M. De la cera a la cerámica. Primera edición. Falta lugar de edición. Editorial AMOLCA. 2008
14. Okano C, et. al. Association of fixed partial denture and gingival prosthesis as alternative approach to recover esthetics and function in anterior maxillary region. J Prosthodontic Research. 2012; 56: 222-226
15. Peumans M, et. al. Porcelain veneers: a review of the literatura. Journal of Dentistry. 2000; 28: 163-177
16. Preti Giulio. Rehabilitación Protésica tomo I, Primera Edición. Italia. Editorial AMOLCA. 2007.
17. Sierra Alta M, Razzoog M. A maxillary anterior partially edentulous space restored with a one-piece zirconia implant fixed partial denture: A clinical report. J Prosthet Dent. 2009; 101: 354-358
18. Solow RA. Composite plating acrylic resin provisional restorations for complete veneer crowns. J Prosthetic Dent. 1999; 82: 515-517
19. Wahbi MA, et. al. Using minimally invasive colored composite resin esthetic restoration of teeth involved periodontially: Case Report. Saudi Dent J. 2013; 25(2): 83–89
20. Disponible: URL:
<http://portalembriologico.blogspot.mx/2012/03/periodoncio.html>.
Consultado en octubre 2013.