



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

INCORPORADA CLAVE 8968 – 22
A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

CIRUJANO DENTISTA

**TRATAMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES MEDIANTE INJERTO DE
TEJIDO CONECTIVO EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
ODONTOLOGICA MORELOS ISSEMYM: SERIE DE CASOS CLINICOS.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

Lizbeth Ruiz Hernández.

ASESOR: C.D. Verónica Soto Dueñas

Ixtlahuaca, México, 2019.





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.

Índice

1. Antecedentes.....	4
1.1 Recesiones definición.....	4
1.2 Etiología.....	11
1.3 Consecuencias.....	16
1.4 Tratamiento.....	18
1.5 Efectividad tratamiento.....	31
1.6 Injertos de tejido conectivo.....	32
2 Objetivos.....	36
2.1 General.....	36
2.2 Especifico.....	36
3 Consideraciones bioéticas.....	37
4 Presentación de Casos	
Clínicos.....	38
5 Discusión	43
6 Conclusiones	45
7 Referencia.....	46
8 Anexos.....	49
Anexo 1.Historia clínica.....	49
Anexo 2 Oficio de aceptación de asesor de tesis.....	58
Anexo 3 Oficio de aceptación del estudio en la clínica Morelos ISSEMMYM..	59
8.1 Formato de consentimiento informado caso A.....	60
Formato de consentimiento informado caso B.....	62

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad de Ixtlahuaca CUI, por brindarme una formación académica de excelente calidad, a los docentes que forman parte de esta institución, especialmente a la C.D. Verónica Soto Dueñas y al M.C.O. Leopoldo Javier Díaz Arizmendi por ser parte fundamental para que este proyecto de tesis se lleve a cabo. A la Clínica de Consulta Externa Odontológica Morelos ISSEMYM por brindarme el apoyo para realizar esta investigación dentro de sus instalaciones y a la C.D. E.P. Yunuen Moreno Borjas por su cooperación durante la recopilación de los casos clínicos presentados en este proyecto de tesis.

Un reconocimiento especial a mis padres por brindarme su confianza y motivarme, todos los días para enfrentar los obstáculos con entereza y valentía siendo justa siempre en mis decisiones.

GRACIAS.

***1. Antecedentes

1.1 Recesiones gingivales definición

Es uno de los problemas mucogingivales más comunes y frecuentes dentro de las alteraciones de los tejidos de soporte de los dientes, esta se presenta en más del 60 por ciento de la población, predomina en el sexo femenino La academia Americana de Periodoncia las define como: “el movimiento del tejido blando marginal en sentido apical de la unión amelo cemento” (1,2, 3).

La recesión gingival puede ser localizada o generalizada, afectar una o más superficies. Una de sus características es el desplazamiento del margen gingival apicalmente desde la unión cemento esmalte o desde la localización anterior de este límite (figura1). Por consecuencia habrá una exposición radicular, la cual no es estética, causando una desarmonía en la sonrisa gingival (4, 5).



Figura 1: a.- recesión gingival localizada en el órgano dentario 31.
b.-recesión gingival generalizada en órganos dentarios inferiores anteriores.

La clasificación de las recesiones gingivales ha sido un tema de mucha discusión por la dificultad de unificar criterios.

Miller realiza una clasificación en donde toma en cuenta la situación del margen más apical de la recesión con respecto a la línea mucogingival y a la cantidad de tejido perdido de encía y hueso (6, 7)

La clasificación de Miller es la escala más utilizada en trabajos clínicos como en trabajos de investigaciones, por su facilidad de establecer criterios con el fin de brindarnos un dictamen en el pronóstico de la recesión gingival, (7, 8)

- Clase I: recesión de los tejidos marginales que no alcanza la línea mucogingival, no hay pérdida de hueso ni de tejido blando en el áreas interdentaria, la cobertura de la raíz de un 100%.
- Clase II: recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival sin pérdida de inserción periodontal, (hueso o tejidos blandos) en el área interdental se puede anticipar un 100% de recubrimiento radicular.(figura2)

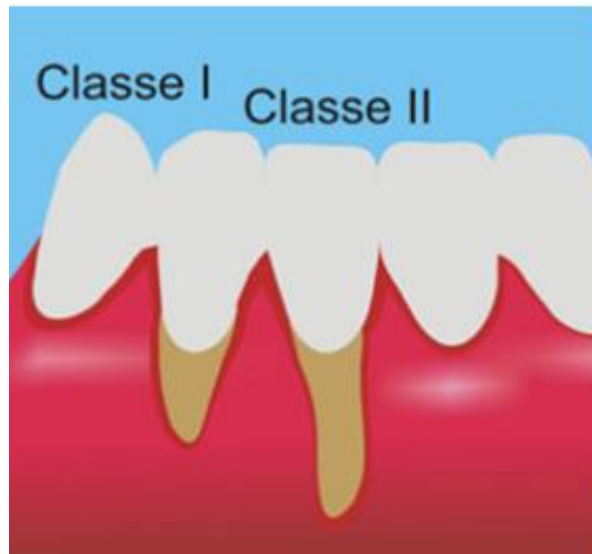


Figura2: Recesión gingival Clase I no alcanza la línea mucogingival, no hay pérdida de tejido interdental ni hueso.

Clase II. Alcanza o va más allá de la línea mucogingival sin pérdida de hueso y tejido interdental.

- Clase III: recesión de los tejidos marginales que se extienden o va más allá de la unión mucogingival con pérdida de inserción periodontal en el área interdental, o mala posición dentaria lo que impide una cobertura del 100% siendo una cobertura radicular parcial la de mayor pre disponibilidad (figura3).
-

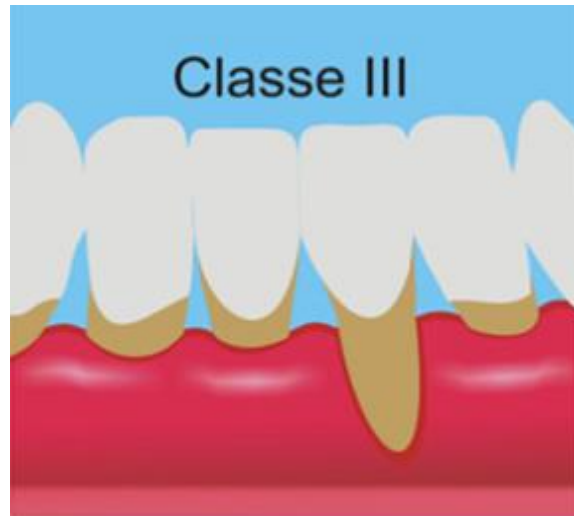


Figura 3: Recesión gingival clase III.se extiende o va más allá de la línea mucogingival, con pérdida de inserción periodontal.

- Clase IV: recesión de los tejidos marginales que se extiende más allá de la unión mucogingival con pérdida severa de hueso o tejido blando en el área interdental, y/o severa mal posición dental la cobertura de la raíz no se puede anticipar (figura4).

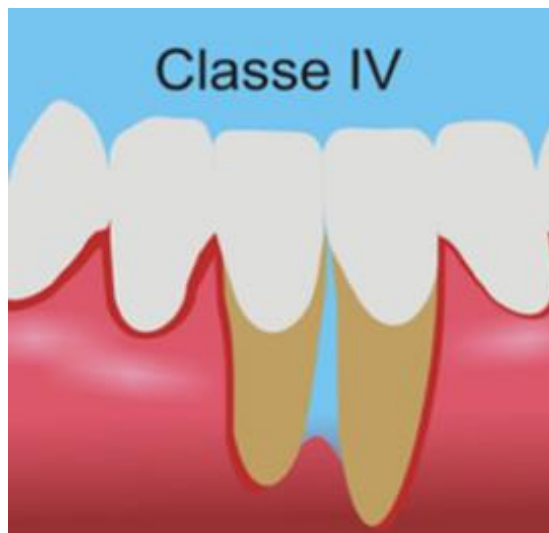


Figura 4: Clase IV se extiende más allá de la unión mucogingival hay pérdida severa de hueso y tejido interdental.

Con esta misma clasificación se puede arrojar un pronóstico y anticipar la cobertura radicular que se obtendrá clase I y II será completa al 100%, en la clase III tendremos una cobertura parcial <100%, por último, en la clase IV no se puede anticipar una cobertura radicular.

Según un estudio realizado octubre del 2016 a abril del 2017, tomando como referencia la clasificación de Miller la recesión con mayor incidencia es la clase II, la menos frecuente es la clase IV (7, 8, 10, 11, 12).

Los aspectos a considerar para lograr una clasificación adecuada a cada recesión gingival, abarca desde la pérdida de inserción clínica, en todos los aspectos característicos de los dientes como superficies dentales, vestibulares, lingual y el área interdental (13).

Por lo que en 2011 Cairo y colaboradores determinan nuevos sistemas de clasificación de las recesiones por el nivel de inserción clínica (14).

- Recesión tipo 1 o RT1: no hay pérdida de inserción gingival en zonas interproximales. La unión esmalte cemento no fue identificable en interproximales (figura 5).



Figura 5: Recesión tipo 1 o RT1 no hay pérdida de inserción gingival

- Recesión tipo 2 o RT2: La pérdida de inserción gingival en zonas interproximales fue menor o igual a la pérdida de inserción bucal. Esta se relaciona con pérdida ósea horizontal (figura 6).



Figura 6: Recesión tipo2 o RT2 presenta pérdida de inserción gingival interproximal con pérdida ósea horizontal.

- Recesión tipo 3 o RT3: La pérdida de inserción en la zona interproximal fue mayor a la pérdida de inserción bucal (figura 7) (10, 13).



Figura7: Recesión gingival tipo3 o RT3, presenta mayor pérdida de inserción en zonas interproximales

1.2 Etiología

El origen de una recesión gingival es multifactorial con factores predisponentes o factores desencadenantes (12).

Los factores predisponentes son aquellos condicionantes anatómicos, con efecto en la estabilidad del margen gingival y la posición. Factores desencadenantes: inciden directamente en los anteriores provocando la recesión gingival.

Factores predisponentes	Factores desencadenantes
<ul style="list-style-type: none">• Edad• Factores fisiológicos• Factores anatómicos• Biotipo periodontal	<ul style="list-style-type: none">• Factores asociados al trauma dental• Enfermedad inflamatoria en los tejidos.• Tratamiento ortodóntico• Iatrogenia profesional

Fuente: García Rubio A. 2015, Rovira Ortiz 2017 (11).

Factores predisponentes:

- Estos van a estar conformados por la edad, sexo, procedencia étnica.
Edad: Albandar y Kingman, realizaron un estudio de la prevalencia en individuos de entre treinta y noventa años de edad donde obtuvieron que los hombres afroamericanos tienen mayor frecuencia que las mujeres y otros grupos étnicos. Las recesiones de un milímetro o más son más frecuentes los individuos mayores a treinta años.

- Factores fisiológicos: Movimiento de los dientes en hueso alveolar, los cuales podrían inducir una dehiscencia(Figura 8)



Figura 8: Dehiscencia se caracteriza por la exposición de la superficie de la raíz vestibular.

- Factores anatómicos: que pueden causar una recesión gingival son Fenestración (figura 9) y dehiscencia del hueso alveolar, una posición anormal de los dientes tanto en el maxilar y en la mandíbula, un patrón aberrante de erupción y la forma del diente (4).



Figura 9: Fenestración parte del hueso en la porción coronaria en donde existe una ventana exponiendo la raíz.

- Biotipo periodontal: El biotipo delgado es más predisponente, ya que está integrado por una encía fina, festoneada, de apariencia delicada, presenta poca cantidad de encía queratinizada, el área de contacto son estrechas y se localizan en el tercio incisal u oclusal, son estrechas a nivel vestibulo lingual. La forma de los dientes es triangular. En este tipo de periodonto la falta de higiene que genera acumulación de placa bacteriana puede dar como resultado una Recesion gingival localizada o generalizada .
- El biotipo grueso es más susceptible a bolsas periodontales, por tener un tejido conectivo y hueso ancho, encía marginal gruesa, amplia zona de tejido queratinizado, sus puntos de contacto se localizan más apicalmente, los dientes son más cuadrados (figura 10) (15,16, 17).



Figura 10: a.-Biotipo periodontal delgado, encía fina y festoneada.

b.- Biotipo periodontal grueso, presenta tejido periodontal y hueso ancho.

Factores desencadenantes:

- Factores asociados al trauma dental: Un cepillado dental traumático. Considerado como la causa más común, por el trauma tisular generado por un cepillo vigoroso afectando más a individuos jóvenes (figura 11) (18).

-



Figura 11: Cepillado traumático, considerado como el factor más común causante de recesiones gingivales.

- Enfermedades inflamatorias de los tejidos:
 - Periodontitis: enfermedad causada por la falta de higiene dental ocasionando pérdida de los tejidos de soporte de los dientes encía, hueso, ligamento periodontal.
 - Mucositis y perio implantitis: patología que afecta los tejidos que rodean a implantes dentales, causando la inflamación de las mucosas con pérdida del hueso de sostén.(19).
 - Tratamiento ortodóntico: Causadas por movimiento ortodóntico descontrolado movimientos de vestibularizacion pos tratamiento, (figura 12) la frecuencia es baja con una incidencia del 22 porcientos pos tratamiento (20, 21).

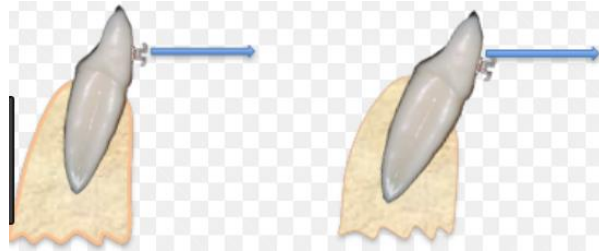


Figura 12: Movimiento de vestibularización causante de recesiones gingivales posttraumático.

- Iatrogenia profesional: Restauraciones protésicas (figura 13) que sobrepasen la línea de terminación, e invadan tejido gingival.



Figura 13: Prótesis fija de los órganos dentario 11 y 21 invadiendo tejido gingival

En el estudio realizado por Fabregat Díaz y colaboradores, tiene por resultado que los factores de riesgo para generar alguna recesión gingival son, la presencia de placa dentobacteriana, sarro, enfermedad periodontal crónica, y la ausencia de uno o varios órganos (20).

Uno de los motivos para solicitar una consulta dental es la sensibilidad. Cerca del 15% al 20% de la población adulta en un rango de edad de 30-39 años la padece (20).

1.3 Consecuencias

Una de las indicaciones para el injerto de tejido conectivo es recuperar la estética y la armonía de la sonrisa (figura 14). Se ha descrito que la exposición radicular, principalmente en dientes anteriores, afectan el aspecto visual del individuo, razón para solicitar una consulta especializada.



Figura 14: Tratamiento con injerto de tejido conectivo recuperando la estética dental.

Otra consecuencia de la recesión gingival es la presencia de caries radicular (figura 15), es de importancia su tratamiento oportuno para evitar la pérdida de dientes prematuramente.

Cuando existe una recesión en algún otro órgano dentario esta nos va a ocasionar que se nos dificulte la limpieza bucal, haciendo que sea más difícil la remoción de placa dentobacteriana (1,22).



Figura 15: Presencia de caries múltiples.

La hipersensibilidad dentaria (figura 16) es el dolor corto, agudo, punzante y localizado derivado de los estímulos térmicos, táctiles o mecánicos. Provocada por la exposición del cemento radicular, estimulando el movimiento en el fluido dentario

presente en los túbulos destinatarios, incidiendo directamente en las fibras nerviosas de la pulpa (teoría hidrodinámica de Brannstrom) (6, 23, 24,25).

Los órganos dentarios que presentan mayor índice de afectación son molares, canino, bicúspides superiores, caninos y bicúspides inferiores siendo el sexo femenino es más común que presente recesiones gingivales (6).



Figura 16: Hipersensibilidad dentaria provocada por la exposición de la raíz estimulando el movimiento de los fluidos presentes en los túbulos destinatarios

1.4 Tratamiento

El tratamiento para este problema debe de estar mayor enfocado a eliminar el factor etiológico que va a estar provocando una recesión gingival en uno más órganos dentarios ya que es muy preocupante que diversos pacientes a muy corta edad tienen este tipo de alteraciones ocasionándoles problemas estéticos y funcionales al mismo tiempo..

Una alternativa más para el tratamiento de una recesión va a ser no tratarla quirúrgicamente y controlar su evolución, con aplicaciones de fluoruro en conjunto con ionómeros de vidrio para evitar que esta aumente o tenga como consecuencia desde una hipersensibilidad dental o una recesión que abarque más superficies de los órganos dentario (6).

Agentes reductores de la permeabilidad actúan obstruyendo los túbulos destinatarios abiertos generando dentina secundaria y esclerótica para aliviar la hipersensibilidad.

En este grupo se encuentran las siguientes sustancias:

- Oxalato de potasio.
- Nitrato de plata
- El flúor:
- Hidróxido de Calcio
- Fosfosilicato de sodio y calcio

Oxalato de potasio: su aplicación directa sobre la dentina formando partículas que ocluyen los túbulos. Una molécula de este material más un ion potasio arrojan resultados positivos para eliminar o mejorar los síntomas generados por la hipersensibilidad dentaria.



Figura 17: Aditamentos dentales que presentan oxalato para el alivio de la hipersensibilidad provocada por una o varias recesiones gingivales.

Nitrato de plata: Este agente disminuye la movilidad de los fluidos presentes en los túbulos dentarios, ocasiona un daño mínimo en la inflamación pulpar provocando pigmento (figura 18).



Figura 18: Nitrato de plata en pasta dental.

El flúor: es uno de los productos más comerciales dentro del mercado (figura 19), su función obstruir los túbulos dentinarios por medio de la precipitación del fluoruro de calcio dentro de los túbulos por la interacción que existe fluoruro de sodio con el calcio presente en los ciriales de hidroxiapatita de la dentina.



Figura 19: Presentaciones comerciales del flúor.

Hidróxido de Calcio: ocasiona un leve daño en los odontoblastos por su alta alcalinidad, generando dentina peritubular la cual reduce un 21 por ciento el movimiento de los túbulos dentinarios disminuyendo la sensibilidad (figura 20).



Figura 20: Hidróxido de calcio reduce la sensibilidad genera dentina peritubular.

El fosfosilicato de sodio y calcio: es un polvo fino del tamaño de partícula que puede obstruir físicamente los túbulos dentinarios, reactivo al agua. Empleado en la presencia hipersensibilidad cervical en dentífrico actúa como precipitante proteico y como agente de oclusión de los túbulos (figura 21).



Figura 21: Fosfosilicato de sodio y calcio utilizado para obstruir los túbulos dentarios Físicamente.

Agentes desensibilizantes: este tipo de agentes van a bloquear el impulso nervioso provocado por un estímulo. Impide la despolarización del axón al aumentar la concentración de potasio extracelular, como estaría naturalmente .,

Nitrato de potasio: impide la actividad nerviosa sensorial, imposibilita la repolarización de las fibras nerviosas de la pulpa después de despolarización, generando inhibición del impulso nervioso (figura 22)



Figura 22: Nitrato de potasio impide la actividad nerviosa.

Arginina: es un aminoácido alcalino, que activa el depósito de iones de cálcico y fosfato obliterando los túbulos dentarios abiertos (figura 23).



Figura 23: Arginina oblitera los conductos dentarios abiertos

El carbonato de Calcio: la arginina en conjunto con el carbonato de calcio obliteran los túbulos dentinarios afectados (Figura 24).



Figura 24: Carbonato de calcio en pasta dental.

Acetato de estroncio: partículas insolubles que penetran el tejido conectivo de la encía y tejidos calcificados tapando los túbulos dentarios abiertos provocando un efecto desensibilizante (Figura 25).



Figura 25: Presentación del Acetato de estroncio

Tratamiento de ozono funciona como agente desensibilizante funciona de manera que ocluye los túbulos dentinarios (Figura 26).



Figura 26: tratamiento con ozono

Laser terapéutico de baja potencia se utilizado durante cuatro meses dando resultados prometedores en casos leves de un 73%, casos moderados de un 19% y en casos muy graves de un 14% (Figura 27) (6, 23)

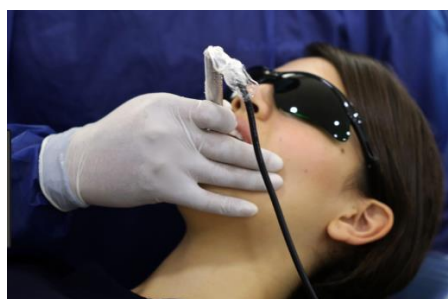


Figura 27: tratamiento con ozono

La cirugía plástica periodontal entra en función cuando la demanda estética del paciente es esencial o cuando presenta hipersensibilidad dental y esta no pudo ser controlada con la higiene dental, agentes reductores de la permeabilidad o desensibilizantes.

Vamos a tener que Miller en 1988 da el concepto de cirugía plástica periodontal para referirse a la corrección de defectos morfología, posición, y la cantidad de encía entorno al diente (26).

Para realizar un recubrimiento radicular se tiene que tomar en cuenta la altura gingival para dar un pronóstico como:

- Tipo de diente
- Hábitos del paciente
- Dimensión de la papila interdental (biotipo periodontal)
- Técnica utilizada (27, 28).

Tipo de diente: influye de manera que los caninos y premolares superiores son los más predisponentes a sufrir una recesión gingival tomando en cuenta todos los dientes de la arcada superior e inferior. Desacuerdo al estudio realizado en 2018 por Díaz Fabregat B.(12)



Figura 28: Dientes más afectados por recesiones gingivales.

Hábitos del paciente: son de suma importancia cambiarlos para evitar recesiones gingivales o fracaso de una cirugía plástica periodontal, dar una técnica dental adecuada tratar la onicofagia, iniciar un tratamiento para el tabaquismo (Figura 29).



Figura 29: Tratamientos indicados para los hábitos del paciente.

Dimensión de la papila interdental (biotipo periodontal), un biotipo periodontal fino se caracteriza por una encía fina, festoneada con papilas interdentales alargadas, lo que la ase más susceptible a una recesión gingival. Mientras que un biotipo periodontal grueso es todo lo contrario, este presenta un tejido conectivo y hueso ancho con papilas interdentales de poca altura (figura 30)



Figura 30: Biotipo periodontal fino y grueso

Técnica utilizada, existen numerosos procedimientos quirúrgicos con el fin de tratar de una recesión gingival, teniendo como objetivo revertir el daño causado en las encías. La cirugía de injerto de tejido conectivo es la que nos brinda mayor efectividad, teniendo como resultado una cobertura prácticamente de un cien por ciento de las recesiones gingivales (figura 31).



Figura 31: cirugía de injerto de tejido conectivo.

Grupe y Warren han propuesto distintas técnicas de colgajos mucoperiosticos para el tratamiento de las recesiones gingivales entre ellas se encuentran.

- Colgajos semilunares posicionado coronalmente.
- Desplazado coronal en combinación con injerto de tejido conectivo.
- El uso de injertos de encía libres
- Injerto de tejido conectivo subepitelial
- Regeneración tisular guiada
- Aplicación de proteínas del esmalte
- Matriz a celular dérmica (14).

Colgajos semilunares posicionado coronalmente: en esta se realiza una incisión paralela al margen gingival terminando al menos dos milímetros de la papila, se posiciona coronalmente por medio de la liberación de colgajo de espesor parcial que está ligada con la primera incisión con el surco gingival. Es necesario una banda de encía insertada de al menos tres milímetros (figura 32).



Figura 32: Colgajos semilunares posicionado coronalmente.

Desplazado coronal en combinación con injerto de tejido conectivo: este procedimiento ha dado mejores resultados, en cuanto cobertura radicular Zuchelli y colaboradores dicen, que al realizar un colgajo desplazado coronalmente con tejido conectivo la recesión disminuye significativamente, aumentando del tejido queratinizado teniendo mayor efectividad a cinco años que el desplazado coronalmente sin injerto de tejido conectivo (20) (figura 33).



Figura 33: Desplazado coronal en combinación con injerto de tejido conectivo

El uso de injertos de encía libres: esta técnica no es muy frecuente utilizada como el tratamiento de elección para recubrimiento radicular (figura 34).



Figura 34: injertos de encía libres.

Injerto de tejido conectivo subepitelial: este tiene una doble ventaja; cuando se coloca en el sitio receptor, lo cual aumenta la tasa de éxito de la cobertura radicular, al mismo tiempo esta técnica es mucho más estética que un injerto gingival libre. Este procedimiento quirúrgico puede ser combinado con colgajos de tejido blando o gingivoplastias y esta posee una alta predictibilidad sobre el pronóstico de la recesión gingival (1, 11) (figura 35).



Figura 35. Injerto de tejido conectivo subepitelial

Regeneración tisular guiada: cuando esta técnica se realiza correctamente nos dará resultados de una regeneración periodontal importante (3).

Esta cirugía consiste en hacer un colgajo desplazado coronal de espesor parcial, mediante incisiones horizontales de cada papila, y dos verticales de alivio de mesial y distal, después se prepara la superficie radicular mediante la colocación de tetraciclina en polvo durante algunos minutos, se irriga la zona con solución fisiológica y se coloca un vaso de dappen el injerto de fibroblastos gingivales en la zona receptora, el colgajo se reposiciona y se sutura con seda negra (29) (figura 36).



Figura 36 Regeneración tisular guiada

Aplicación de proteínas del esmalte: es un material compuesto por amelogenina y proteínas que se derivan de los brotes dentales, van a imitar a función de la vaina epitelial radicular, su función estará basado en las estructuras periodontales con un mecanismo similar al del desarrollo de un folículo dentario (figura 37).



Figura 37. Aplicación de proteínas del esmalte

Matriz a celular dérmica: esta se obtiene de piel humana obtenida de bancos, y están sometidas a tratamientos de neutralización de bacterias y virus, es un injerto no vital que ofrece una estructura arquitectónica que soporta y permite la migración celular al lecho receptor, quirúrgicamente esta se va a colocar con un colgajo de reposición corona, para cubrir la recesión gingival (20) (figura 38).



Figura 38: Matriz a celular dérmica

1.5 Efectividad de tratamiento

En consecuencia, para que una cirugía plástica periodontal tenga éxito tenemos que valorar algunos factores técnicos quirúrgicos como son:

- Grosor del colgajo
- Posibilidad del colgajo
- Posición del colgajo
- Microcirugía
- Dimensión y grosor de injerto de tejido conectivo
- Incisiones liberadoras.

Un colgajo con > de 0.8 milímetros garantiza un 100% de cobertura, uno de 0.7 milímetros de grosor nos dará una cobertura media de un 83%, el 50% de cobertura va estas dada con un grosor de colgajo de 0.5 milímetros. Baldi y *Co/s* 1999.

Un colgajo libre de tensión tendrá la posibilidad de un 100% de cobertura radicular, con una tensión residual menos de 0.4 gr. Según PiniPrato y *Co/s* 2000.

Un colgajo posicionado de 2 milímetros coronal a la línea amelo-cementaria nos garantiza un 100% de la cobertura radicular.

Cuando se realiza un procedimiento quirúrgico para tratar una recesión gingival el objetivo principal dar un buen aspecto gingival eliminando por completo la recesión, resultando una profundidad al sondeo con un periodonto sano, aumentar el grosor y ancho de encía insertada (27) (figura 39).



Figura 39: Tipo de colgajo tejido conectivo.

1.6 Injertos de tejido conectivo

El tejido conectivo será el Gold Standard para la cobertura radicular, debido a su previsibilidad, estabilidad en el tiempo, aumenta el espesor y largo y ancho de encía queratinizada (9, 11, 26).

Hablando de porcentajes, el injerto de tejido conectivo tiene un 100% de recubrimiento en segundo lugar está la Matriz Dérmica Acelular con un valor de 94% y en tercer lugar el Emdogain con un 51%.

En cuanto a ganancia de tejido queratinizado tenemos que el injerto de tejido conectivo es de 2.75 milímetros, Matriz Dérmica Acelular es de 1.75 milímetros y las Proteínas de Matriz del esmalte es de 0.5milímetros. En anchura el injerto de tejido conectivo de 5 milímetros, La Matriz Dérmica Acelular con un 3.75 milímetros y La Proteína Matriz del esmalte de un 3.25 milímetros. Datos obtenidos del estudio de Berlucchi.

La técnica de injerto de tejido conectivo es el procedimiento con mejores resultados para el tratamiento de recesiones gingivales clase I y II de Miller (26).

Cuando la altura de tejido queratinizado es mayor de dos milímetros, el colgajo de avance coronal en combinación con Emdogain es la técnica de primera elección, esta va a aumentar la altura del tejido queratinizado en referencia del colgajo de

avance coronal en solitario mejorando la calidad de fijación, del tejido conjuntivo en el epitelio de unión.

Si es superior a un milímetro pero menor de dos milímetros el espesor gingival el colgajo de avance coronal más Emdogain está indicado, en el caso que el espesor biológico sea menor de un milímetro se debe de aumentar el espesor de los tejidos blandos, añadiendo una matriz de colágeno, estabilizando el coágulo sanguíneo actuando como estructura de crecimiento interno de vasos sanguíneos y fibroblastos, degradando en su totalidad el coagulo de sangre y este se convertirá en tejido conjuntivo dándonos como resultado el aumento de el espesor de tejido blando. Favoreciendo al éxito de la cirugía periodontal.

En el caso que la altura de tejido queratinizado sea de un milímetro o menor se debe tener en cuenta que se debe de mejorar la estabilidad del colgajo de avance coronal, aumentando la utilización de tejido conectivo en la unión cemento esmalte evitando que el colgajo se encoja (30).

La combinación de injertos de tejido conectivo, con un colgajo posicionado coronal, e incisiones verticales y horizontales de la técnica descrita por Zuchelli, evaluando la efectividad del colgajo posicionado coronalmente para múltiples recesiones en paciente con una alta expectativa estética, tratándola con un desplazado coronal modificada en donde se emplean incisiones y liberatrices resultando una cobertura radicular completa de un 88%, con un seguimiento de un años obteniendo una cobertura radicular de un 97% (4, 31).

Uno de los tratamientos de las recesiones gingivales es la técnica de Zuchelli la cual nos va a ayudar a tratar recesiones gingivales ya sean múltiples a simples, en pacientes con una demanda estética primordial. Permitiendo una cobertura completa de la raíz de los dientes tratados ya sean localizadas o generalizadas las recesiones gingivales (32, 33).

El procedimiento de esta técnica es el siguiente:

Colocación de anestesia local lidocaína con epinefrina al 2% a nivel de las zonas donadora y receptora (figura 40).



Figura 40: Técnica anestésica

Iniciando con la obtención del injerto de tejido conectivo del paladar, se colocan dos puntos de sutura en el paladar para hacer hemostasia (figura 41).



Figura 41: Injerto de tejido conectivo

Se inicia la preparación del lecho receptor con incisiones oblicuas desde el margen gingival adyacente hacia la unión cemento esmalte, de dientes a tratar, se desinsectan las fibras musculares a partir de la unión mucogingival para permitir el desplazamiento coronal del colgajo y así quedar libre de tensión, el procedimiento de desepitelización de las papilas anatómicas mediante una incisión a bisel externo con una hoja de bisturí número 15, se realiza el raspado y alisado (figura 42).



Figura 42: Preparación del lecho receptor.

Se lava con solución fisiológica, el injerto de tejido conectivo se sutura el lecho receptor mediante puntos de sutura suspensorios de manera transpapilar, finalmente se sutura el colgajo de manera más coronal posible (30, 1) (figura 43).



Figura 43: Surura del tejido conectivo y colgajo.

2 Objetivos

2.1 General

- Describir el tratamiento de las recesiones gingivales con injertos de tejido conectivo mediante la presentación de una serie de casos clínicos

2.2 Especifico

- Identificar etiología de las recesiones gingivales en los casos descritos
- Describir los signos y sintomatología en los casos presentados
- Describir el procedimiento quirúrgico de injerto de tejido conectivo en las recesiones gingivales
- Determinar si la terapéutica utilizada fue la más indicada
- Determinar otras alternativas de tratamiento en cada caso en particular

3. Consideraciones bioéticas

Este proyecto se llevó a cabo siguiendo las pautas que dicta la Declaración de Helsinki, “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos”, la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la cual señala, la investigación para la salud debe contribuir al conocimiento de los procesos biológicos, psicológicos, causas de la enfermedad, la práctica médica, prevención y control de problemas de salud.

Los procedimientos se realizaron siguiendo lo establecido por la NOM 013, para la prevención y control de enfermedades bucales y los expedientes clínicos fueron realizados según los lineamientos de la NOM 004 del expediente clínico.

Las personas que participaron en el proceso de esta investigación dieron su consentimiento informado, dando a conocer la información clara y específica del procedimiento y el fin de este proyecto. Se resguardo su intimidad personal como la confidencialidad de su información personal (34).

4. Presentación de casos clínicos

Introducción:

Las recesiones gingivales es la patología en donde la superficie radicular está expuesta por la migración de la encía hacia apical afectando a uno o varios órganos dentarios ocasionando problemas estéticos y funcionales.

Con el surgimiento de la odontología estética, los tratamientos dentales se han enfocado en mejorar la apariencia física del paciente. Dentro de la cirugía plástica periodontal tenemos distintas técnicas para el tratamiento de las recesiones, sin embargo, el injerto de tejido conectivo es el más indicado (Gold standard) por presentar una tasa de efectividad de cobertura radicular cercana al 100%. Se presenta una serie de casos clínicos con la técnica de Zucchelli en el tratamiento de distintos tipos de recesiones gingivales con un seguimiento de un mes de evolución en la Clínica de consulta externa odontológica Morelos ISSEMYM.

La recesión gingival es la exposición de la superficie radicular del diente al medio bucal causado por una migración de la encía marginal y epitelio de unión en sentido apical (29).

Puede presentarse en jóvenes y adultos, su etiología se basa en factores predisponentes y desencadenantes. Se consideran factores desencadenantes, aquellos asociados al trauma dental como el cepillado dental traumático, considerado como la causa más común, enfermedades inflamatorias de los tejidos como periodontitis, mucositis y periimplantitis, movimiento ortodóntico y iatrogenia profesional; restauraciones protésicas que sobrepasen la línea de terminación e invadan tejido gingival (4, 11, 20).

La edad, factores fisiológicos; movimiento de los dientes en el hueso alveolar, fenestración, dehiscencia, posición anormal de los dientes en el maxilar y la

mandíbula, patrón aberrante de erupción, forma del diente, biotipo periodontal fino (integrado por una encía delgada, festonea de apariencia delicada, traslúcida) son considerados como factores predisponentes.

En la clínica de consulta externa ISSEMYM, especialidad de periodoncia, se brinda tratamiento a personas con diagnóstico de recesiones gingivales, los cuales presentan complicaciones estéticas y/o funcionales. Dichos pacientes fueron rehabilitados mediante la técnica de Zucchelli, misma que ha demostrado lograr una cobertura completa en la mayoría de los casos clínicos (26, 30).

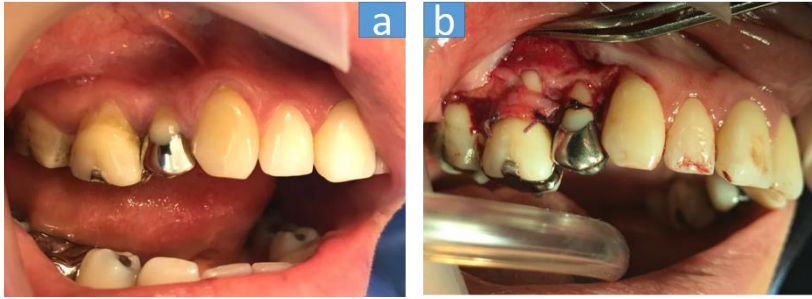
Reporte y descripción del caso A.

Paciente femenino de 40 años de edad, acude a consulta de periodoncia por presentar hipersensibilidad dental. Diagnóstico sistémico de anemia, quistes ováricos, en tratamiento hormonal, hierro y ácido fólico.

Se confirma el diagnóstico de recesiones gingivales en las siguientes piezas dentarias; primeras molar superior derecho con 5 mm de recesión gingival, primer molar superior izquierdo con 6 mm de recesión, primer premolar superior derecho con 3 mm de recesión, primer premolar superior izquierdo, canino superior izquierdo, primer premolar inferior derecho e izquierdo con 2 mm de recesión. No se presentaron bolsas periodontales, ni sangrado a la inspección clínica.

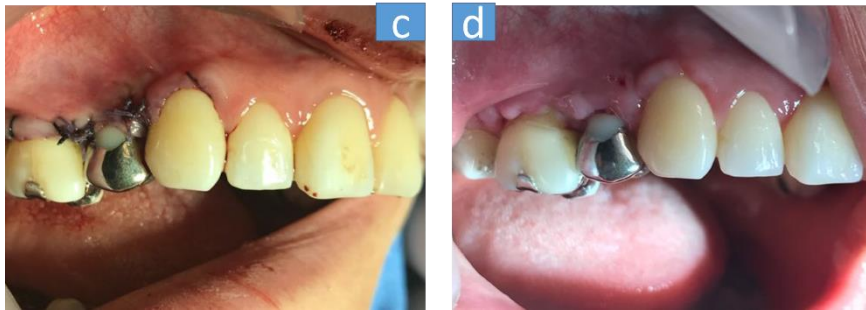
Se realizó el tratamiento quirúrgico periodontal, en dos tiempos. En la primera intervención se realizó la cobertura de recesiones gingivales del primer molar y premolar superior derecho. En la segunda intervención se colocó el injerto de tejido conectivo en el canino, primer premolar y primer molar superior izquierdo. El injerto de tejido conectivo se obtuvo de paladar, no existiendo complicaciones en ninguna de las intervenciones quirúrgicas.

Figura 1. Fotografía inicial y sutura del injerto primera intervención quirúrgica



- a.- Presencia de recesiones en el primer molar superior derecho de 5mm y primer premolar superior derecho 3mm.
- b.- Procedimiento quirúrgico el injerto de tejido conectivo se sutura al lecho receptor

Figura 2. Sutura del colgajo y primer posoperatorio



- c.- Procedimiento quirúrgico: el colgajo debe ser reposicionado y suturado lo más coronal posible.
- d.- Postoperatorio a los 15 días de la primera intervención quirúrgica.

Figura 3. Postoperatorio 30 días



- e.- Postoperatorio al mes de la primer intervención quirúrgica.

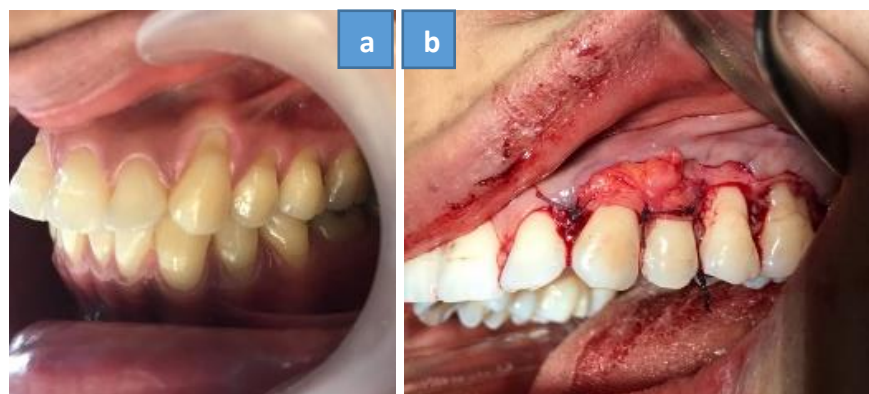
Caso B:

Paciente femenino de 36 años de edad, acude a consulta de periodoncia por presentar hipersensibilidad dental. Diagnóstico sistémico de Síndrome de Colón irritable, desgaste a de cartílago en rodilla derecha, migraña, en tratamiento con el nutriólogo, medicamentos ácido fólico y vitaminas.

Se diagnosticó recesión gingival en los siguientes órganos dentarios, canino superior derecho de 2 mm, primer y segundo premolar superior derecho de 2 mm, primer molar superior derecho de 4 mm, segundo molar superior derecho de 2 mm, canino superior izquierdo de 5 mm, primer y segundo premolar izquierdo de 2 mm, primer molar superior izquierdo de 2 mm, primer premolar izquierdo inferior de 1 mm, segundo premolar y primer molar inferior izquierdo de 2 mm, segundo premolar inferior derecho de 2 mm y primer molar inferior derecho 1 mm. No se presentaron bolsas periodontales, ni sangrado a la inspección clínica.

Se realizó el tratamiento quirúrgico periodontal, en dos tiempos. En la primera intervención se realizó la cobertura en los órganos dentarios, canino superior, primer, segundo premolar y primer molar izquierdo, con injerto de tejido conectivo, obteniendo el auto injerto del paladar. En la segunda intervención se realizó desplazado coronal del cuadrante uno. Las cirugías se realizaron sin ninguna complicación..

Figura 1. Fotografía inicial y sutura del injerto primera intervención quirúrgica



a.- Presencia de recesiones canino superior izquierdo de 5mm, primer y segundo premolar izquierdo de 2mm, primer molar superior izquierdo de 2mm.

b.- Procedimiento quirúrgico el injerto de tejido conectivo se sutura al lecho receptor.

Figura 2. Sutura del colgajo y primer posoperatorio



- c.- Procedimiento quirúrgico: el colgajo debe ser reposicionado y suturado lo más coronal posible.
- d.- Postoperatorio a los 15 días de la primera intervención quirúrgica.

Figura 3. Postoperatorio 30 días



- e.- Postoperatorio al mes de la primera intervención quirúrgica se observa la cobertura de las recesiones.

5. Discusión.

En la actualidad con el surgimiento de la estética dental se enfoca en mejorar la funcionalidad y las condiciones dentales de los pacientes buscando una mejor apariencia física. La cirugía plástica periodontal describe distintas técnicas para el tratamiento de las recesiones gingivales y el injerto de tejido conectivo encabeza esta lista ya que es considerado como el estándar de oro para procedimientos de cobertura radicular, como resultado tendremos el mejoramiento de las características clínicas del biotipo gingival aumentando el grosor y ancho de la encía insertada.

Una de sus ventajas es que tiene un doble aporte sanguíneo cuando se coloca en el lecho receptor, el colgajo cubre por completo el injerto de tejido conectivo, se puede utilizar para tratar una o varias recesiones contiguas y posee una alta predictibilidad, nos brinda una mayor estabilidad del injerto obtenido del paladar, Una desventaja es que hay dos sitios de abordaje durante la cirugía la zona donadora que es el paladar y la zona del lecho receptor.

La frecuencia de las recesiones gingivales en la actualidad es muy común ya que estas se presentan por múltiples factores por lo tanto es de vital importancia identificar el factor causante para dar un diagnóstico correcto y el tratamiento conveniente para cada paciente el injerto de tejido conectivo es una alternativa con un gran éxito considerado como el estándar de oro por su eficacia al tener como resultado la eliminando la sintomatología y mejorar la estética de cada paciente sometida a esta cirugía plástica periodonto..

La etiología de las recesiones gingivales presentes en los casos clínicos descritos fue un cepillado traumático, factor desencadenantes, causando así la hipersensibilidad dental grave, que no se pudo revertir con los usos de agentes reductores de la permeabilidad y agentes desensibilizantes.

Cabe, misionar que en el caso a, la cirugía plástica periodontal fue indicada por la sintomatología que presentaba la paciente, en el caso b, se indicó el recubrimiento de la recesión por la sintomatología y la demanda estética de la paciente ya que hablamos que esta cirugía si involucraba la zona anterior del lado izquierdo superior.

De acuerdo a la clasificación de Miller las recesiones presentes en los casos son en el caso A en el órgano dentario 15 es clase I en el órgano dentario 16 es clase III, en el caso B las recesiones en el órgano dentario 23 es clase II, 24 y 25 clase.

La técnica utilizada durante las cirugías es la Zuchelli la cual trata recesiones múltiple simples y con una alta demanda estética. Los resultados obtenidos en ambos casos son favorable, el principal factor que era la sintomatología desapareció en su totalidad.

En tanto cobertura radicular en el caso B fue de un 100%, en el caso A la cobertura en el órgano dentario 15 con un porcentaje del 100% y en el órgano dentario 16 de un 80 % por lo que en este caso otra alternativa del tratamiento era la colocación de un injerto óseo para obtener una cobertura total de la recesión.

6. Conclusiones

7.

El procedimiento en ambos casos fue favorable, se obtuvo la disminución de la hipersensibilidad y cobertura radicular mejorando la estética dental. Otras alternativas de tratamiento como injerto óseo previo a la colocación de tejido conectivo, podrían haber obtenido mejores resultados en la cobertura radicular. Sin embargo, la sintomatología del paciente requería atención oportuna para limitar el daño, existiendo factores a considerar como el tiempo de respuesta en la solicitud de hueso liofilizado y la situación económica del paciente.

El resultado de cobertura radicular con injerto de tejido conectivo en el caso B fue de un 100% mientras en el caso A la cobertura fue de un menor porcentaje por las condiciones clínicas que presentes en los órganos dentarios, sin embargo la sintomatología presente de dichos casos fue eliminada.

La etiología de ambos casos fue un cepillo traumático. La técnica quirúrgica fue la indicada en ambos obteniendo la eliminación de la sintomatología sin embargo la cobertura en el caso A fue de un 80% por lo que en esta cirugía también funcionaba un injerto óseo para obtener una cobertura mejorada.

En ambos casos la edad también es factor predisponente ya que las pacientes son mayores de 30 años y son del sexo femenino.

Sin embargo, para que la cirugía de injerto de tejido conectivo tenga éxito va estar condicionada por distintos factores como el grosor del colgajo, posición del colgajo, dimensión y grosor del injerto de tejido conectivo, calidad de injerto de tejido conectivo.

En ambos casos las condiciones tanto de grosor, posición y dimensión del colgajo, el grosor y calidad del injerto de tejido conectivo son favorables para obtener los resultados de la eliminación de la sintomatología.


7.- Referencia

1. Dávila Lorena, Sosa Lisbeth, Injerto gingival tisular para la cobertura de recesiones gingivales. Reporte de caso clínico 2016; 3:97-103.
2. Botello Rojo, Garcia Serrano, Castillas Vargas, Injerto de Tejido Conectivo Subepitelial. Casos Clínicos 2016; 21 (1): 31-38.
3. Jiménez Francisco, Fernández Marcelino, Root Coverage With Coronally Advanced Flap With Connective, Tissue Graft: Literature. Review and case Report. 2017; 19-2: 25- 32.
4. Rovira Ortiz Carmen Julia, Tirado-Amador Lesbia Rosa, Camargo Moreno Carlos de Jesús, Tratamiento de recesiones gingivales con injerto conectivo subepitelial y colgajo desplazado coronal, 2017; 13-25: 1-17
5. Gómez Andrés, Elgueta Ricardo, Ibieta Carolina, Membrana de fibra versus injerto conectivo como tratamiento de recesión gingival. Reporte de caso. 2015; 61: 5.
6. Mata Natalia, Jiménez Carolina, Recesion gingival y su efecto en la hipersensibilidad dentaria, 2018; 75(6): 326-333.
7. González Jorge, Recubrimiento radicular de recesiones gingivales con matriz dérmica acelular. Reporte de caso clínico, 2016; 18: 69-75.
8. Dr. Vignoletti Fabio, Dr. Vignau Lorenzo Ramón, Tratamiento de recesiones radiculares clase III, 2017; 292: 153-161.
9. Lino Aguilar Vianey, Zuly González Estrella Ivonne, Martínez Hernández Rosalía, Hurtado Sánchez Araceli, Tratamiento de recesiones gingivales múltiples clase I y III DE Miller combinado injerto de tejido conectivo subepitelial con técnica de túnel. 2018; 22 (1): 46-50.
10. Dr. Amit Mani, Dr. James Rosiline, Classifications for gingival recession: Amini Review, 2018;3: 33-38.
11. Garcia Rubio A., Bujaldon Daza, Rodríguez Arrechilla, Recesion Gingival. Diagnóstico y tratamiento. 2015, 27, 1: 19-24.
12. Díaz Beatriz, Brito Ana Lura, Recesion periodontal en pacientes del municipio Rodas, 2018; 16: 392-398
13. Zeron Agustin, Fenotipo y recesiones gingivales. Nueva clasificación, 2018; 75(6): 304-305.
14. Castro Reyes Raúl Arturo, Tratamiento de recesiones periodontales mediante colgajo desplazado coronal e injerto de tejido conectivo subepitelial. Reporte de dos casos, 2011; 2(2): 65-69.
15. Injante Patricia, Tuesta Orlando, Recesion gingival y tratamiento de ortodoncia. Reporte de caso clínico interdisciplinario, 2012;22(1):31-36.

16. Navarrete Mariely, Godoy Ivan, Correlación entre biotipo gingival, ancho y grosor de encía adherida en zona estética del maxilar superior, 2015;8(3): 192-197.
17. Garcia Sixto, Cayturo Cynthia, El Biotipo periodontal como factor influyente en recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica de posgrado de la UNMSM, Lima Perú, 2015; 2 (2):19-25.
18. Lino Aguilar Vianey, HERNANDEZ Yareli, Tratamiento de recesiones gingivales múltiples con colgajo desplazado coronal, 2018;19(59): 1576-1580.
19. Herrera David, Figuero Elena, La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y per implantarias, 2018.
20. Aroni Mauricio Andrés Tinajero, Fausto Mauricio Tinajera Camacho., Jorge Changoluisa Gavilanez, Coating of gigival recession class I and II OF Miller, treated with acelular dermal (ADM), subepitelial Connective Tissue Graf (SECT graft) and Coronally Advanced Flap with Enamel Matrix derivate (CAF) + (EMD). Double-blin randomized. 2015; 28-34
21. Castro Yuri, Grados Sixto, Movimiento dentario ortodontico y su asociación con la presencia de recesiones gingivales, 2017; 21(1): 8-12.
22. Castro Yuri, Grados Sixto, Tasas e indicadores de riesgo de las recesiones gingivales en una muestra peruana, 2016; 120: 8.
23. Dra. Sofía Aroca, Tratamiento de la hipersensibilidad dentinarios con técnicas de recubrimiento radicular, 2017; 292:: 108-115.
24. Cepeda Juan Antonia, Manejo de la hipersensibilidad destinaria por recesión gingival. uso combinado de Pro-Argin e injerto de tejido conectivo: Reporte de un caso, 2013; 2: 67-72.
25. Lujan Eduardo, Antonieta Sara, Meza Manuel Joan, Combinación del injerto libre de tejido conectivo y la técnica de Allen en el tratamiento de la recesión gingival. 2017; 3-1: 30-37
26. Rossy Luis Bueno, Ferrari Roberto, Shibli Jamil, Tratamiento de recesiones y defectos mucogingivales mediante injerto de tejido conectivo, conjuntivo en piezas dentarias e implante 2015; 26: 35-46
27. Dr. Vignoletti Fabio, Dr. Vignau Lorenzo Ramón, Dr. Pérez Alfonso Oteo, Dr. Gómez Rodrigo Daniel, Dr. Vigon Ortiz Alberto, Cirugía Plástica Periodontal. Técnicas quirúrgicas y factores clave para el éxito, 2017: 36-42
28. Rubio María Fernanda, Baldeig Loreta, Vestibular incisión sunperiosteal tunnel Access con tejido conectivo versus mucograft en el tratamiento de recesiones clase II, 2019; 12(2): 96-99.-
29. Dr. Vignoletti Fabio, Dr. Vignau Lorenzo Ramón, Dr. Pérez Alfonso Oteo, Dr. Gómez Rodrigo Daniel, Dr. Vigon Ortiz Alberto, Cirugía Plástica Periodontal. Técnicas quirúrgicas y factores clave para el éxito, 2017: 36-42

30. Prof. Dr. Zuchelli Giovanni, Técnica del Prof. Dr. Giovanni Zuchelli para el tratamiento de recesiones gingivales 2017: 1-17
31. Dr Eduardo Montero, Dr, Raul Caffeesse, Recubrimiento Radicular en el quinto sextante, 2017; 291: 124-135.
32. Echeverría José Javier, Lang Niklaus P. Diagnóstico y tratamiento periodontal, 2018: 11: 1-14.
33. Prof. Dr. Zuchelli Giovanni, Técnica del Prof. Dr. Giovanni Zuchelli para el tratamiento de recesiones gingivales 2017: 1-17

8. Anexos 1 Historia clínica

 GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
Coordinación de Servicios de Salud

issemym

Expediente Clínico

CLAVE ISSEM YM

DOMICILIO DEL DERECHOHABIENTE: _____

TELÉFONO: _____

UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN: _____

DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN: _____

Género: Femenino () Masculino ()

Alergias: _____

Grupo y R.H.: _____

Fecha de apertura del expediente: _____

NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE

30 000 007/17

PACIENTE: ANGELES LOPEZ AIDE

16 AÑOS 7 MESES FEMENINO GS. CLAVE: 0550985-11

ALERGIAS:

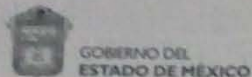
SERVICIO: CONSULTA ORTODONCIA

U.M.: MCSME000023 - C.C.E. ODONTOLÓGICA MORELOS

ELABORADA: 02 AGO 2018 01:27 PM NOMENCLATURA: 30 005 007/08

FECHA: 02/AGO./2018

HISTORIA CLÍNICA GENERAL				
DATOS GENERALES				
NOMBRE DEL PACIENTE: AIDE ANGELES LOPEZ		EDAD: 16 AÑOS 7 MESES	GÉNERO FEMENINO	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO EXTERIOR, NÚMERO INTERIOR, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO):				
TELÉFONO: CASA (1722)2632721	OCUPACIÓN:		ESCOLARIDAD:	
ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES				
DIABÉTICOS:	HIPERTENSOS:	NEOPLÁSICOS:	OTROS:	
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS				
CONDICIONES DE VIVIENDA:	HÁBITOS HIGIÉNICOS:		HÁBITOS ALIMENTICIOS:	
EXPOSICIÓN A: ¿CUÁNTO TIEMPO?	TOXICOMANÍAS: ¿CUÁLES?			
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS				
GRUPO SANGUÍNEO	ALERGIAS			
QUIRÚRGICOS:	ALÉRGICOS:	TRANSFUSIONALES:	OTROS:	
MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD				
EDAD DE LA MADRE:	ESCOLARIDAD MATERNA:	ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO: ¿CUÁNTO TIEMPO?		
NO. DE PRODUCTO:	EMBARAZO NORMAL:	REANIMACIÓN:	PRODUCTO OBTENIDO POR:	
PESO AL NACER:	TALLA AL NACER:	PESO ACTUAL:	TALLA ACTUAL:	DESARROLLO PSICOMOTRIZ:
ESQUEMA DE VACUNACIÓN			ESTADO NUTRICIONAL	
ANTECEDENTES GINECO - OBSTÉTRICOS				
MENARCA:	RITMO:	I.V.S.A:	GESTA:	
PARA:	ABORTOS:	CESÁREAS:	F.U.P:	
F.U.M:	F.U. CITOLOGÍA:	CLIMATERIO:	MÉTODO ANTICONCEPTIVO:	
INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS				
CARDIOVASCULAR:	RESPIRATORIO:	DIGESTIVO:	URINARIO:	
GENITAL:	MÚSCULO-ESQUELÉTICO:	ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS:	NERVIOSO:	
ENDÓCRINO:	HEMATOPÓYETICO:	LINFÁTICO:	TEGUMENTOS:	



PACIENTE: ANGELES LOPEZ AIDE

16 AÑOS 7 MESES

FEMENINO

GS:

CLAVE: 0550981-11

ALERGIAS:

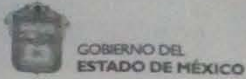
SERVICIO: CONSULTA ORTODONCIA

U.M.: MCSME000023 - C.C.E. ODONTOLÓGICA MORELOS

ELABORADA: 02 AGO 2018 01:27 PM

NOMENCLATURA: 30.000.007/08

PSIQUIÁTRICO:							
SÍNTOMAS GENERALES							
FIEBRE:		ASTENIA:		ADINAMIA:		BAJA DE PESO:	
EXÁMENES PREVIOS:							
EXPLORACIÓN FÍSICA							
PESO IDEAL: Kg		PESO HABITUAL: Kg					
MEDICIONES CORPORALES							
SIGNOS VITALES		SOMATOMETRÍA			CLASIFICACIÓN		
FREC. CARDIACA	113 lat x min	PESO	62.5 Kg	IMC	22.96 Kg/m ²	NORMAL	
FREC. RESPIRATORIA	22 resp x min	TALLA	165 cm	PESO/EDAD			
TEMPERATURA	36 °C	PER. CEFÁLICO		PESO/TALLA			
PRESIÓN ARTERIAL	100/60 mmHg	PER. ABDOMINAL		TALLA/EDAD			
GLUCOSA		CIRCUNF. BRAZO		PER. CEF./EDAD			
SAT. OXÍGENO	93 %	CIRCUNF. CADERA		SUP. CORPORAL	1.69 m ²		
PULSO		PER. TORÁCICO					
HBA1C							
TERAPÉUTICA EMPLEADA:							
INSPECCIÓN GENERAL:							
CABEZA:							
CUELLO:							
TORAX:							
ABDOMEN:							
GENITALES:							
TACTO RECTAL:							
COLUMNA VERTEBRAL:							
EXTREMIDADES:							
PADECIMIENTO ACTUAL							
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA K07.9 - ANOMALÍA DENTOFACIAL, NO ESPECIFICADA - ACTIVO SUBSECUENTE							
PLAN TERAPÉUTICO							
OBJETIVOS O PENDIENTES							
ESTUDIOS							
MEDICAMENTOS CB							
MEDICAMENTOS FC							
MEDICAMENTOS SUSPENDIDOS							
EDUCAR							
GUIAS MÉDICAS		DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LAS MALOCCLUSIONES DENTALES EN NIÑOS DE 4 A 11 AÑOS DE EDAD					
INTERVENCIONES							
PRONÓSTICO							
INCAPACIDAD (DÍAS)		TIPO DE REPOSO			FOLIO DE INCAPACIDAD		



PACIENTE: ANGELES LOPEZ AIDE

16 AÑOS 7 MESES

FEMENINO

GS:

CLAVE: 0550981-11

ALERGIAS:

SERVICIO: CONSULTA ORTODONCIA

U.M.: MCSME000023 - C.C.E. ODONTOLÓGICA MORELOS

ELABORADA: 02 AGO 2018 01:28 PM

NOMENCLATURA: 30 407 019 / 06

FECHA: 02/AGO./2018

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA	
EXAMEN DE PRIMERA VISITA	
A.-	¿Ha sido usted hospitalizado? (Si, ¿Por qué motivo?)
B.-	¿Está usted en tratamiento médico actualmente? (Si, ¿Qué tipo?)
C.-	¿Está usted tomando algún medicamento? (Si, ¿Cuál?)
D.-	¿Es usted alérgico a la penicilina u otro medicamento (anestesia)? (Si, ¿Cuál?)
E.-	¿Ha tenido hemorragias que requieran tratamiento especial?
F.-	¿Se le han practicado transfusiones sanguíneas?
G.-	¿Padece o ha padecido fiebre reumática?
H.-	¿Es usted o algún familiar directo diabético?
I.-	¿Padece enfermedades cardiovasculares, renales, epilepsia, hepatitis, enfermedades respiratorias frecuentes, pérdida de peso en los últimos 6 meses, diarreas frecuentes?
J.-	¿Está usted embarazada? (¿Cuántas semanas?)
K.-	Tensión arterial:

EXAMEN FÍSICO			
CARA	CUELLO	A. T.M.	
1. LABIOS	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	5. LENGUA	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>
2. CARRILLOS	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	6. PISO DE LA BOCA	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>
3. PALADAR DURO	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	7. GLÁNDULAS SALIVALES	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>
4. PALADAR BLANDO	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	8. AMIGDALAS	N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:
K07.9 - ANOMALÍA DENTOFACIAL, NO ESPECIFICADA - ACTIVO SUBSECUENTE

SESIÓN DE EXODONCIA				RESPONSABLE
DIENTE No.	FECHA	CIE-10	OBSERVACIONES	

SESIÓN DE OPERATORIA DENTAL				NOMBRE DEL RESPONSABLE
DIENTE No.	SUPERFICIE	MATERIAL DE OBTURACIÓN	FECHA	
CUADRANTE 1				



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y
Municipios
Coordinación de Servicios de Salud

Issemym

PACIENTE: ANGELES LOPEZ AIDE

15 AÑOS 7 MESES

FEMENINO

05

CLAVE: 0550083-11

ALERGIAS:

SERVICIO: CONSULTA ORTODONCIA

U.M.: MCSAMB00023 - C.C.T. ODONTOLÓGICA MORELOS

ELABORADA: 02 AGO 2018 05:28 PM

NOMENCLATURA: 30.407.019 / 06

CUADRANTE 2					
CUADRANTE 3					
CUADRANTE 4					

SESIÓN DE TERAPIA PULPAR						
DIENTE No. Y CIV	TIPO RECUBRIMIENTO	MATERIAL DE OBTURACIÓN	FULPOTOMÍA	FECHA	PRÓXIMAMENTE	NOMBRE DEL RESPONSABLE

AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DENTAL COMPLETO	
FECHA	NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

MÉDICO	ESPECIALIDAD	CÉDULA	UNIVERSIDAD
MEJA GARDUÑO GRACIELA	ORTODONCIA	3090560	UAEM



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y
Municipios
Coordinación de Servicios de Salud

ISSEMUM

PACIENTE: ANGELES LOPEZ AIDE

16 AÑOS 7 MESES

FEMENINO

GS

CLAVE: 0550981-11

ALERGIAS:

SERVICIO: CONSULTA ORTODONCIA

U.M.: MCSME000023 - C.C.E. ODONTOLÓGICA MORELOS

ELABORADA: 02 AGO 2018 01:29 PM

NOMENCLATURA: 30 000 005/08

FECHA: 02/AGO./2018

NOTA DE EVOLUCIÓN

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS Y ACTIVOS - PREVIOS

CIE-10	DESCRIPCIÓN	AFECCIÓN	CRONICIDAD	ESTADO	FECHA CLÍNICA
K07.9	ANOMALÍA DENTOFACIAL, NO ESPECIFICADA	PRINCIPAL	AGUDA	ACTIVO SUB	7/MAY/2018
K07.9	ANOMALÍA DENTOFACIAL, NO ESPECIFICADA	PRINCIPAL	CRÓNICA	ACTIVO SUB	7/MAY/2018

SUBJETIVO

OBJETIVO

MEDICIONES CORPORALES DEL 02/AGO/2018 01:01 PM

SIGNOS VITALES		SOMATOMETRÍA		CLASIFICACIÓN	
FREC. CARDIACA	113 lat x min	PESO	62.5 Kg	IMC	22.96 Kg/m ²
FREC. RESPIRATORIA	22 resp x min	TALLA	165 cm	PESO/EDAD	NORMAL
TEMPERATURA	36 °C	PER. CEFÁLICO		PESO/TALLA	
PRESIÓN ARTERIAL	100/60 mmHg	PER. ABDOMINAL		TALLA/EDAD	
GLUCOSA		CIRCUNF. BRAZO		PER. CEF./EDAD	
SAT. OXÍGENO	93 %	CIRCUNF. CADERA		SUP. CORPORAL	1.69 m ²
PULSO		PER. TORÁCICO			
HBA1C					

OBSERVACIONES:

ANÁLISIS

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

K07.9 - ANOMALÍA DENTOFACIAL, NO ESPECIFICADA - ACTIVO SUBSECUENTE

DIAGNÓSTICOS RESUELTOS

PROCEDIMIENTOS

PLAN TERAPÉUTICO

OBJETIVOS O PENDIENTES			
ESTUDIOS			
MEDICAMENTOS CB			
MEDICAMENTOS FC			
MEDICAMENTOS SUSPENDIDOS			
EDUCAR			
GUÍAS MÉDICAS			
INTERVENCIONES			
PRONÓSTICO			
INCAPACIDAD (DÍAS)		TIPO DE REPOSO	FOLIO DE INCAPACIDAD

MÉDICO	ESPECIALIDAD	CÉDULA	UNIVERSIDAD
MEJÍA GARDUÑO GRACIELA	ORTODONCIA	3090560	UAEM



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y
Municipios
Coordinación de Servicios de Salud

Issemym

PACIENTE: ANGELES LOPEZ AIDE

16 AÑOS 7 MESES

FEMENINO

GS:

CLAVE: 0550981-11

ALERGIAS:

SERVICIO: CONSULTA ORTODONCIA

U.M.: MCSME00023 - C.C.E. ODONTOLÓGICA MORELOS

ELABORADA: 02 AGO 2018 01:28 PM

NOMENCLATURA: 5/N

FECHA: 02/AGO./2018

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

POR MEDIO DE LA PRESENTE, EN PLENA CAPACIDAD DE MIS FACULTADES COMO:

PACIENTE

RESPONSABLE DEL PACIENTE

RESPONSABLE DEL PACIENTE	
FAMILIAR	<input type="checkbox"/>
PARENTESCO	
REPRESENTANTE LEGAL	<input type="checkbox"/>
OTRO	

Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, DECLARO QUE ME HA SIDO **INFORMADO** Y ENTIENDO EL (LOS) DIAGNÓSTICO (S) PRESUNCIONAL (ES) DEL ESTADO DE SALUD QUE PRESENTO, SIENDO ESTE (ESTOS):

Y QUE CON FECHA: , SE PLANEA REALIZAR:

CON:

ASIMISMO QUE LAS POSIBLES COMPLICACIONES QUE SE PUEDEN PRESENTAR SON:

Y POSIBLES BENEFICIOS ESPERADOS SON:

SIENDO EL PRONÓSTICO:

DECLARO IGUALMENTE QUE ME FUERON EXPLICADOS A MI ENTERA SATISFACCIÓN Y ENTIENDO LA GRAVEDAD DEL PADECIMIENTO, EL TRATAMIENTO, LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR, LAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS, LOS RIESGOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS, LOS BENEFICIOS A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO, LAS POSIBLES COMPLICACIONES, ASÍ COMO EL PRONÓSTICO ESPERADO.

SÉ Y ENTIENDO QUE DURANTE LOS ACTOS O PROCEDIMIENTOS, EL PROYECTO DE ATENCIÓN MÉDICA PUEDE CAMBIAR SEGÚN LO CREAN NECESARIO LOS MÉDICOS RESPONSABLES DEL CASO, LOS ACEPTO Y AUTORIZO. EN TALES CONDICIONES **CONSIENTO** EN FORMA LIBRE Y ESPONTÁNEA Y SIN NINGÚN TIPO DE PRESIÓN PARA QUE EL DR.

REALICE:

EN LA UNIDAD MÉDICA:

DÁNDOLE TOTAL CAPACIDAD LEGAL PARA QUE ÉL DESTINE, DE ACUERDO A LOS PROCESOS INTERNOS DE ESTA UNIDAD MÉDICA, A QUIEN CREA NECESARIO, PARA QUE INTERVENGAN EN EL ACTO O PROCEDIMIENTO, CON EL FIN DE RECUPERAR LA SALUD.

ADEMÁS AUTORIZO QUE MI CASO SEA UTILIZADO CON FINES ESTADÍSTICOS Y EN CUALQUIER NIVEL DE APRENDIZAJE MÉDICO, BAJO LAS NORMAS BIOÉTICAS ESTABLECIDAS.

DE IGUAL MANERA SÉ Y COMPRENDO QUE, POR ESCRITO, EN CUALQUIER MOMENTO PUEDO REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA OTORGO.

AUTORIZA: PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE	MÉDICO INFORMANTE
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
TESTIGO	TESTIGO
NOMBRE, PARENTESCO Y FIRMA	NOMBRE, PARENTESCO Y FIRMA

MÉDICO	ESPECIALIDAD	CÉDULA	UNIVERSIDAD
MEJÍA GARDUÑO GRACIELA	ORTODONCIA	3090560	UAEM



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
Coordinación de Servicios de Salud

issemym

HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Fecha (día, mes, año) Hora Clave ISSEMyM

Nombre completo de la unidad médica

DATOS GENERALES

Nombre completo del paciente Edad Género
F M

Domicilio (calle, número exterior, interior, colonia, localidad, municipio)

Teléfono Ocupación Escolaridad

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Diabéticos Hipertensos Neoplásicos Otros

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Condiciones de vivienda Hábitos higiénicos Hábitos alimenticios
 B R M B R M B R M

Exposición a Toxicomanías
 Humos Polvos No Sí ¿Cuáles? _____
Otros _____
¿Cuánto tiempo?

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Quirúrgicos Alérgicos Transfusionales Otros

MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

Edad de la Madre Escolaridad materna Alimentación al seno materno
 No Sí ¿Cuánto tiempo?

No. de producto Embarazo normal Reanimación Producto obtenido por
 Sí No Sí No Parto eutócico Parto distócico
 Cesárea

Peso al nacer Talla al nacer Peso actual Talla actual Desarrollo psicomotriz
 Normal Anormal

Esquema de Vacunación

Completo Incompleto Faltan Otros Normal Desnutrición Obesidad

ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRAS

Menarca Ritmo I.V.S.A. Gesta

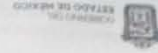
Para Abortos Cesáreas F.U.P.

F.U.M. F.U. Citología Climaterio Método anticonceptivo:
 Temporal
 Definitivo

30 000 00317

ISSAMAYM

HOJA DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO



HISTORIA CLÍNICA GENERAL

PADECIMIENTO ACTUAL

P. (PROBLEMA)

S. (SÍNTOMAS)

O. (EXPLORACIÓN FÍSICA):

A. (DIAGNÓSTICO):

P. (NOMBRE DEL MEDICAMENTO, DOSIS, VÍA, DURACIÓN):

- 1.
- 2.
- 3.

OTRAS MEDIDAS E INDICACIONES (PROBLEMA):

EXPLORACIÓN FÍSICA

T.A.:	F.C.:	F.R.:	T.:	PESO:	TALLA:
Hábito exterior: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Palidez de Tegumentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Mucosas Hidratadas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Campos Pulmonares Ventilados: <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Mal		Alteraciones de Frecuencia, Ritmo y Tonicidad Cardíaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Otra signología agregada:

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

No Sí

¿Cuáles?:

Nombre completo del médico que elaboró:

Firma del médico que elaboró:

Clave del Médico que elaboró:

30 000 007/17

"LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE"

Anexo 2. Oficio de aceptación de asesor de tesis



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

IXTLAHUACA, MÉXICO A 08 DE MARZO DE 2018
ASUNTO: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ASESOR DE TESIS

C.D. VERONICA SOTO DUEÑAS
DOCENTE DE LA LICENCIATURA DE CIRUJANO DENTISTA
UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

PRESENTE

POR MEDIO DE LA PRESENTE ME DIRIJO A USTED DE LA MANERA MAS ATENTA PARA SOLICITAR QUE SEA REVISOR (A) Y DAR CONTINUIDAD AL PROTOCOLO DE TESIS "*TRATAMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES MEDIANTE INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO EN LA CLÍNICA MORELOS ISSEMYM: SERIE DE CASOS CLÍNICOS*" QUE REALIZARÁ LA P.C.D. LIBETH RUÍZ HERNÁNDEZ DE LA LICENCIATURA DE CIRUJANO DENTISTA DE LA UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI, A.C.

ME PERMITO SOLICITAR SU APOYO IMPORTANTE PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROYECTO PARA MEJORA Y ENRIQUECIMIENTO DE LA TESIS, QUEDÓ EN ESPERA COMENTARIOS Y CORRECCIONES, ASÍ MISMO, NOS EMITA UN OFICIO DE REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL PROYECTO CON LAS CORRECCIONES PERTINENTES REALIZADAS.

EN ESPERA DE SUS COMENTARIOS Y AUTORIZACIÓN, SIN MÁS POR LE AGRADEZCO A USTED EL APOYO BRINDADO A ESA INSTITUCIÓN.

ATENTAMENTE


C.D. GUADALUPE MÓNICA RENDÓN GÓMEZ
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL Y TITULACIÓN

Carr. Ixtlahuaca Jiquipilco km. 1 Ixtlahuaca de Rayón, México. C.P. 50740 Tels. (712) 283 10 12, 283 03 65, 283 01 66 o 01 800 5059610

www.ceui.edu.mx

Anexo 3. Oficio de aceptación del estudio en la clínica Morelos ISSEMMYM

FECHA DE ELABORACIÓN: 15 DE MARZO DEL 2018.

ASUNTO: PERMISO PARA ADQUIRIR EL EXPEDIENTE CLÍNICO.

CD. DULCE MARÍA GONZÁLEZ QUIROZ

**DIRECTORA DE CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ODONTOLÓGICA
MORELOS ISSEMMYM.**

Por medio de la presente me dirijo a usted de la manera más atenta para dar conocimiento de que diversos pacientes de periodoncia requieren de cirugía de recubrimiento radicular por medio de injerto de tejido conectivo, los cuales son ingresados a la Clínica de Consulta Externa Odontológica Morelos al Área de Periodoncia. Me interesan estos casos clínicos para poder realizar mi investigación de tesis y así obtener el grado de estudios de licenciatura. Por ende solicito me de su autorización de adquirir el expedientes clínicos, ingresar al procedimiento quirúrgico que se realizara en las instalaciones de esta misma institución en el área de periodoncia y así dar seguimiento de la evolución del paciente. Cabe mencionar que ya se platicó con los pacientes y la doctora especialista de esta área para que me otorgaran el consentimiento de realizar la investigación requerida

Sin más por el momento le envió un cordial saludo y agradezco su atención.

Todos los datos recabados se manejaran con confiabilidad.

ATENTAMENTE:



LIZBETH RUIZ HERNANDEZ

**PASANTE EN CIRUJANO DENTISTA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE
CONSULTA EXTERNA ODONTOLÓGICA MORELOS ISSEMMYM.**



CD.EP. Jazmin Yurken Moreno Borjas

9 .1 Formato de consentimiento informado

Caso A consentimiento bajo información

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION

Título del proyecto:

"TRATAMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES MEDIANTE INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO EN LA C.C.E. ODONTOLÓGICA MORELOS ISSYM SERIE DE CASOS CLÍNICOS"

Nombre del paciente

Nidia Contreras Nolasco

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda decidir libremente si desea participar en la investigación que se le ha explicado verbalmente y que a continuación se describe en forma resumida.

El presente proyecto será realizado por Lobeth Ruiz Hernández quien es pasante de cirujano dentista, asesor de tesis O.D. Verónica Soto Dueñas en el institución ISSYM que es donde la pasante realiza el servicio social y UICUI que es la institución procedente del paciente.

Este estudio pretende determinar tratamiento de recesiones gingivales mediante injerto de tejido conectivo en la clínica de consulta externa odontológica Morelos ISSYM serie de casos clínicos. Para cumplir dicho objetivo es necesario, recopilar información personal acerca de su edad, estado civil, hábito de tabaco, hábito de alcohol, estudios de laboratorio realizados, procedencia geográfica, antecedentes hereditarios, estados de salud durante el trabajo de tesis, recopilar de expediente clínico médico etc., también es necesario realizar, toma de fotografías. Es importante señalar que todos los datos personales obtenidos son confidenciales y será utilizada exclusivamente para fines científicos.

Si usted acepta participar en este estudio se le aplicarán los procedimientos que se describen a continuación para el desarrollo del proyecto.

El seguimiento de su tratamiento donde que la programa la cirugía para la cobertura de la raíz descubierta de su diente o dientes, tomar fotografías de su sonrisa para detectar las recesiones presentes, estar durante el proceso de la cirugía desde el uso de el agua bucal, la anestesia local solo en sus dientes a tratar, la obtención del tejido conectivo de su paladar, la colocación del tejido conectivo, y los puntos de sutura colocados para cubrir las raíces afectadas por la recesión gingival presente, tomar fotografías durante la cirugía, cuando se retiran los puntos, el seguimiento a un mes para evaluar el antes y el después de la cirugía.

Este procedimiento podría generar malestar como sensibilidad, dolor, hemorragia, infección, mal olor, dificultad para cepillarse los dientes y/o comer. Es importante acudir a la Clínica de Consulta Externa Morelos, servicio de urgencia en dado caso que presente malestar, dolor, intenso e inflamación. O comunicarse con la responsable de la investigación quien brindará asesoramiento de urgencia (datos son especificados más adelante). A su vez destacar que su participación es completamente voluntaria, si no desea participar del presente proyecto de investigación, su negativa no traerá ninguna consecuencia para usted. De la misma manera si lo estima conveniente usted puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento de éste. Los resultados del estudio serán dados a conocer a todos los participantes del mismo.

Al respecto, expongo que:

He sido informada sobre el estudio a desarrollar y las eventuales molestias, incomodidades y ocasionales riesgos que la realización del procedimiento implica, previamente a su aplicación y con la descripción necesaria para conocerlas en un nivel suficiente. He sido también informada en forma previa a la aplicación, que los procedimientos que se realizan, no implican un costo que yo deba asumir. Mi participación en el procedimiento no involucra un costo económico alguno que yo deba solventar (hacerme cargo).

Junto a ello he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera de esta producción. Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será absolutamente confidencial, y que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita. Sé que la decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria. Si no deseo participar en ella o, una vez iniciada la investigación, no deseo proseguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implicará ninguna consecuencia negativa para mí.

Adicionalmente, los investigadores responsables, Lizabeth Ruiz Hernández, email: zp164@hotmail.com teléfono: 7121787372 Dra. Maricela Rendon, email: maricela.rendon@uculcu.mx han manifestado su voluntad en orden a aclarar cualquier duda que me surja sobre mi participación en la actividad realizada. Para ello, puedo contactarme a la Universidad de Ixtahuacán CUI, Licenciatura de Cirujano Dentista, a los teléfonos 7224711588, correo electrónico: elizabeth.gtz@uculcu.edu.mx

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo, Nilda Contreras Juárez _____ INF
Nº _____ de nacionalidad Mexicana mayor de edad o autorizado por mi representante legal, con domicilio en Cuandahuacalco no. 502 Cd. Sector Popular Consiento en participar en la investigación denominada:

Resecciones Gingivales Mediante Injerto de Tejido Conectivo en la Clínica de Consulta Externa Odontológica Morelos asanym

* Y autorizo al investigador responsable Lizabeth Ruiz Hernández, y a quienes ésta designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar los procedimientos requeridos por el proyecto de investigación descrito.

Fecha: 23/05/18

Hora: 18:27 hrs.

Firma de la persona que consiente: _____



CASO B CONSENIMIENTO INOMADO

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION

Título del proyecto:

TRATAMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES MEDIANTE INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA MORELOS ISSAMYM "SERIE DE CASOS CLÍNICOS"

Nombre del paciente:

Diana Magdalena Díaz Gómez

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda decidir libremente si desea participar en la investigación que se le ha explicado verbalmente y que a continuación se describe en forma resumida.

El presente proyecto será realizado por Lideth Ruiz Hernández quien es presente de cirugía dentista, asesor de tesis C.D. Verónica Soto Dueñas en el Instituto ISSAMYM que es donde la presente realiza el servicio social y UICU que es la institución procedente del paciente.

Este estudio pretende determinar tratamiento de recesiones gingivales mediante injerto de tejido conectivo en la clínica de consulta externa odontológica Morelos ISSAMYM serie de casos clínicos. Para cumplir dicho objetivo es necesario: recolectar información personal acerca de su edad, estado civil, hábito de tabaco, hábito de alcohol, estudios de laboratorio realizados, procedencia geográfica, antecedentes hereditarios, estado de salud durante el trabajo de tesis, recolección de expediente clínico médico etc. también es necesario realizar, toma de fotografías. Es importante señalar que todos los datos personales obtenidos son confidenciales y será utilizado exclusivamente para fines científicos.

Si usted acepta participar en este estudio se le explicarán los procedimientos que se describen a continuación para el desarrollo del proyecto.

El seguimiento de su tratamiento desde que le programan la cirugía para la cobertura de la raíz descubierta de su diente o dientes, tomar fotografías de su suvise para detectar las recesiones presentes, estar durante el proceso de la cirugía desde el uso de enjuague bucal, la anestesia local solo en sus dientes a tratar, la obtención del tejido conectivo de su catador, la colocación del tejido conectivo y los puntos de sutura orientados para cubrir las raíces afectadas por la recesión gingival presente, tomar fotografías durante la cirugía, cuando se retiran los puntos, el seguimiento a un mes para evaluar el antes y el después de la cirugía.

Este procedimiento podría generar malestar como sensibilidad, dolor, hemorragia, infección, mal olor, dificultad para cepillarse los dientes y/o comer. Es importante acudir a la Clínica de Consulta Externa Morelos, servicio de urgencia en caso que presente malestar, dolor intenso e inflamación. O comunicarse con la responsable de la investigación quien brindará asesoramiento de urgencia (únicamente en casos más severos). A su vez destacar que su participación es completamente voluntaria, si no desea participar del presente proyecto de investigación, su motivo no tendrá ninguna consecuencia para usted. De la misma manera si lo estima conveniente usted puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento de éste. Los resultados del estudio serán dados a conocer a todos los participantes del mismo.

Al respecto, expongo que:

He sido informada sobre el estudio a desarrollar y las eventuales molestias, incomodidades y ocasionales riesgos que la realización del procedimiento implica, previamente a su aplicación y con la descripción necesaria para conocerlas en un nivel suficiente. He sido también informada en forma previa a la aplicación, que los procedimientos que se realicen, no implican un costo que yo deba asumir. Mi participación en el procedimiento no involucra un costo económico alguno que yo deba solventar (hacerme cargo).

Junto a ello he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera éstos produzcan. Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será absolutamente confidencial, y que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita. Sé que la decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria. Si no deseo participar en ella o, una vez iniciada la investigación, no deseo proseguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implicará ninguna consecuencia negativa para mí.

Adicionalmente, los investigadores responsables: Lizbeth Ruiz Hernández, email: zip164@hotmail.com teléfono: 7121797372 Dra. Monica Rendon, email: monica.rendon@uicui.edu.mx han manifestado su voluntad en orden a aclarar cualquier duda que me surja sobre mi participación en la actividad realizada. Para ello, puedo contactarme a la Universidad de Ixtlahuaca CUI, Licenciatura de Cirujano Dentista, a los teléfonos 7224711598, correo electrónico: elizabeth.giz@uicui.edu.mx

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo, Maria Magdalena Nova Gomez INE
N° _____ de nacionalidad MEXICANA mayor de edad o autorizado por mi representante legal, con domicilio en Guadalupe Victoria Col. Los Cedros Franc. N°15 Consiento en participar en la investigación denominada:

Recesiones Gingivales Mediante Injerto de Tejido Conectivo en la Clínica de Consulta Externa Odontológica Morelos issemym

T. Y autorizo al investigador responsable Lizbeth Ruiz Hernández, y a quienes éste designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar los procedimientos requeridos por el proyecto de investigación descrito.

Fecha: 6/04/18

Hora: 11:11 am

Firma de la persona que consiente: _____