



# UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

INCORPORACIÓN CLAVE 8968-22 A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**CIRUJANO DENTISTA**

***COBERTURAS RADICULARES CON INJERTO DE TEJIDO  
CONECTIVO; REPORTE DE CASO***

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTA

LARISA GARDUÑO CARMONA

Asesor: C.D. RICARDO PONCE VALENCIA

Ixtlahuaca, México, Abril 2024





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.

## Índice

Introducción.....	4
1. Antecedentes.....	5
1.1 Recesiones gingivales. ....	6
1.1.1 Definición y clasificación. ....	6
1.1.2 Etiología y factores de riesgo. ....	7
1.1.3 Consecuencias clínicas: hipersensibilidad, estética, entre otros. ....	7
1.2 Coberturas radiculares con tejido conectivo del paladar.....	8
1.2.1 Descripción del procedimiento.....	8
1.2.2 Indicaciones y contraindicaciones.....	8
1.2.3 Ventajas y desventajas en comparación con otros tratamientos. ....	8
1.2.4 Resultados a corto y largo plazo. ....	9
1.3 Blanqueamiento dental. ....	9
1.3.1 Mecanismos de acción. ....	9
1.3.2 Indicaciones y contraindicaciones.....	9
1.3.3 Efectos secundarios y su manejo.....	10
1.3.4 Relación entre blanqueamiento dental y recesiones gingivales.....	10
1.4 Prótesis fija individual en el sector anterior.....	11
1.4.1 Indicaciones y contraindicaciones.....	11
1.4.2 Consideraciones estéticas y funcionales.....	11
1.4.3 Relación con el tratamiento de recesiones gingivales y blanqueamiento dental.....	12
2. Objetivo general.....	13
3. Consideraciones bioéticas. ....	14
4. Presentación del caso clínico.....	15
4.1 Sesión de raspado y alisado radicular. ....	18
4.1.1 Indicaciones postoperatorias. ....	18
4.2 Primera cirugía mucogingival con injerto de tejido conectivo subepitelial en los órganos dentarios 12, 13 y14 con la técnica de Langer .....	20
4.2.1 Cita postoperatoria. ....	26
4.3 Segunda cirugía mucogingival con injerto de tejido conectivo subepitelial en los órganos dentarios 22, 23 y 24 con la técnica de Langer. ....	27

4.3.1 Cita postoperatoria. ....	33
4.4 Desplazamiento de colgajo hacia coronal bajo la técnica de Liu y Soft en los órganos dentarios 12 y 13.....	36
4.4.1 Gingivectomía del órgano dentario 21 y cirugía con técnica semilunar reposicionado hacia coronal en órgano dentario 22 bajo la técnica de Tarnow. ....	40
4.4.2 Cita postoperatoria. ....	42
4.5 Blanqueamiento dental mediante Opalescence Boost.....	44
4.5.1 Primera sesión para el blanqueamiento.....	46
4.5.2 Segunda sesión del blanqueamiento.....	50
4.5.3 Tercera sesión del blanqueamiento dental. ....	53
4.6 Plan de tratamiento para coronas metal-porcelana en zona anterosuperior. ....	56
4.6.1 Prueba de metal.....	62
4.6.2 Selección de color.....	64
4.6.3 Prueba de biscocho.....	65
4.6.4 Ajuste y cementación de las coronas.....	66
5. Discusión.....	68
6. Conclusiones.....	70
7. Referencias bibliográficas. ....	71
8. Anexos. ....	75

## **Introducción.**

Las recesiones gingivales son una preocupación creciente en la odontología moderna, no solo por razones estéticas sino también por las complicaciones funcionales y de sensibilidad que conllevan. La exposición radicular puede resultar en hipersensibilidad dentinaria, caries radicular y compromiso estético. Es importante señalar que sus manifestaciones clínicas primarias incluyen sangrado, dientes flojos, invasión de las encías, formación de bolsas periodontales, disfunción masticatoria y pérdida de dientes. Como se menciona anteriormente, las manifestaciones clínicas de las recesiones gingivales son una condición en la que el margen se aleja de la corona y es causada por una variedad de factores que influyen en la retracción de la membrana incisiva, exponiendo la raíz o la región interproximal de los órganos. Diversos tratamientos han sido propuestos y perfeccionados a lo largo de los años, siendo la cobertura radicular con tejido conectivo tomado del paladar uno de los más prometedores.

En lo que toca a un tratamiento de injertos podemos entender que un injerto de tejido conectivo subepitelial se refiere a la obtención de tejido conectivo, al cual ha sido destituido de su capa epitelial, que ha sido removido de su sitio original para ser llevado y aplicado en otra zona con el objetivo de aumentar el volumen del sitio a injertar, auxiliar en el recubrimiento de recesiones. Es necesario recalcar que se utilizan varias técnicas para corregir las recesiones gingivales incluidos colgajos de tejido pediculados el éxito depende de un buen diagnóstico, la localización y la técnica a emplear.

Además, en un mundo donde la estética dental es cada vez más valorada, procedimientos como el blanqueamiento dental y la colocación de prótesis fijas individuales en el sector anterior se han vuelto complementarios para lograr resultados óptimos.

## 1. Antecedentes.

La enfermedad periodontal (EP) es considerada una enfermedad inflamatoria crónica, multifactorial, cuya etiología primaria son biopelícula derivada de bacterias cuyo nicho es favorable para su crecimiento y desarrollo; es decir, se asocian con factores locales y sistémicos que en conjunto causan infección y destrucción del soporte dentario, tejidos (epitelio, tejido conectivo, ligamento periodontal, hueso alveolar, cemento radicular) (1).

Dicho lo anterior esta es causada por diferentes factores que influyen y retraen la encía dejando descubierta la raíz o parte interproximal de los órganos dentarios siendo un factor predisponente de bolsa periodontal, lo cual hace susceptible a presentar caries en esa zona y presentar mayor hipersensibilidad a los cambios de temperatura, problemas estéticos como lo mencionan varios autores; es de mayor prevalencia en dientes uniradiculares, pero no están exentos los molares.

Desde la antigua clasificación de 1999 ha aparecido información nueva sustancial a partir de estudios científicos que han evaluado las características diferenciales de susceptibilidad genética, la agresión microbiana y la respuesta del huésped en estos entes clínicos, pero esta evidencia no fue capaz de diferenciar fenotipos claros que permitieran una distinción clara entre las patologías y condiciones que se habían definido (2).

A partir de que surgió la nueva categorización con indagación importante de estudio científico que han evaluado las diferentes características de susceptibilidad genética, ataque microbiano, y respuesta del huésped en dichas entidades clínicas sin embargo esta prueba no distingue fenotipos, clara excepción en enfermedades y condiciones identificadas.

En el año 2017 se celebró el Taller Mundial sobre Clasificación de Enfermedades y Condiciones Periodontales y Periimplantarias, que se celebró en Chicago, EE.UU. Este evento, organizado por la AAP y la EFP, reunió a expertos de ambas asociaciones con el objetivo de lograr un acuerdo universal para establecer un sistema de clasificación para definir y clasificar las patologías gingivales, las enfermedades y afecciones periodontales y Periimplantarias. El nuevo sistema de

clasificación, desarrollado por Caton, Armitage, Berglundh y otros en 2018, fue diseñado para abordar las limitaciones y problemas de aplicación del sistema de clasificación anterior y se basó en el conocimiento científico actual (2).

En otras palabras, da a conocer que coordinado por la AAP Y EFP agruparon a profesionales de ambas sociedades para así llegar a un entendimiento y conceptualización de enfermedades periodontales razón por la cual se desarrolló la nueva categorización adaptada a los últimos cambios con criterios de diagnóstico.

A su vez existe una gran gama de clasificaciones como las de Sullivan y Atkins (1968), Mlinek y col (1973), Bengue et Alabama (1983), Smith (1990), Nordland WP y Tarnow DP (1998), Rotundo et al (2011), Kumar y Masamatti (2013) (3).

Cabe mencionar que en este trabajo nos basamos en la clasificación de Cairo y Pini Pratto las cuales enfatizan un sistema esquematizado para evaluar las recesiones gingivales y cumplir con diferentes técnicas contribuyendo a la selección clínica del tratamiento para el diagnóstico del tratamiento en las diferentes técnicas para las coberturas radiculares.

Los injertos de tejido conectivo junto con los injertos libres de mucosa son elección para un tratamiento de primera en la cirugía periodontal, para cubrir recesiones ya que hoy en día los injertos libres de mucosa se encuentran justificados para sustituir la ausencia de encía en órganos dentarios e implantes, constan de una capa epitelial y con un injerto autólogo de tejido blando es menos invasivo nos ayudan a cubrir raíces expuestas (3).

## **1.1 Recesiones gingivales.**

### **1.1.1 Definición y clasificación.**

Las recesiones gingivales se refieren a la exposición de la superficie radicular debido a la retracción apical del margen gingival. Esta exposición puede ser el resultado de la pérdida de tejido gingival y/o la pérdida del hueso alveolar que soporta el diente.

En cuanto a la clasificación, aunque las categorías de Miller han sido ampliamente reconocidas, investigaciones más recientes han propuesto clasificaciones basadas en

la etiología y el patrón de recesión. Por ejemplo, el autor Cairo propuso una nueva clasificación basada en la relación de la recesión con la pérdida ósea interproximal (4).

### **1.1.2 Etiología y factores de riesgo.**

La etiología de las recesiones gingivales es multifactorial. Algunos de los principales factores etiológicos incluyen:

- Trauma mecánico: Cepillado dental agresivo o con técnicas inadecuadas (5).
- Factores oclusales: Trauma oclusal, hábitos parafuncionales como el bruxismo (6).
- Factores anatómicos: Posición del diente, presencia de frenillos labiales o bucales prominentes (7).
- Enfermedad periodontal: Inflamación crónica, pérdida de inserción y pérdida ósea (8).
- Factores genéticos: Predisposición hereditaria a tener encías delgadas o a desarrollar enfermedad periodontal (9).

### **1.1.3 Consecuencias clínicas: hipersensibilidad, estética, entre otros.**

Las recesiones gingivales, además de ser un problema estético, pueden tener varias consecuencias clínicas:

- Hipersensibilidad dentinaria: La exposición de la dentina radicular puede llevar a una mayor sensibilidad al frío, calor, dulce o al cepillado (10).
- Compromiso estético: Las recesiones pueden alterar la armonía gingival y la proporción diente-encía, afectando la sonrisa del paciente (11).
- Mayor susceptibilidad a caries radiculares: La dentina expuesta es más susceptible a la desmineralización y, por lo tanto, a las caries.
- Dificultad en la higiene oral: La exposición radicular puede complicar la eliminación efectiva de la placa bacteriana, aumentando el riesgo de enfermedad periodontal (12).

## **1.2 Coberturas radiculares con tejido conectivo del paladar.**

### **1.2.1 Descripción del procedimiento.**

La cobertura radicular con tejido conectivo del paladar es un procedimiento quirúrgico que busca cubrir la superficie radicular expuesta utilizando un injerto de tejido conectivo autólogo tomado del paladar del paciente. El procedimiento generalmente comienza con la elevación de un colgajo en el área de la recesión, seguido de la obtención del injerto de tejido conectivo del paladar. Este injerto se sutura en el área de la recesión y se reposiciona el colgajo para cubrir el injerto (13).

### **1.2.2 Indicaciones y contraindicaciones.**

#### *Indicaciones:*

- Recesiones gingivales de Clase I y II de Miller.
- Pacientes con hipersensibilidad dentinaria debido a la exposición radicular.
- Necesidades estéticas, especialmente en la zona anterior (14).

#### *Contraindicaciones:*

- Recesiones gingivales de Clase III y IV de Miller donde la regeneración completa es improbable.
- Insuficiente tejido donante en el paladar.
- Pacientes con hábitos de fumar o con enfermedades sistémicas que afectan la cicatrización (4).

### **1.2.3 Ventajas y desventajas en comparación con otros tratamientos.**

#### *Ventajas:*

- Alta efectividad y estabilidad a largo plazo.
- Mejor calidad estética en comparación con injertos de tejido epitelial.
- Reducción de la hipersensibilidad dentinaria (15).

*Desventajas:*

- Procedimiento quirúrgico más invasivo al requerir dos sitios quirúrgicos.
- Mayor morbilidad postoperatoria en el sitio donante.
- Limitación en la cantidad de tejido que se puede obtener (4).

### **1.2.4 Resultados a corto y largo plazo.**

A corto plazo, se observa una rápida cicatrización y reducción de la hipersensibilidad dentinaria. A largo plazo, estudios han mostrado una alta tasa de éxito en términos de cobertura completa de la recesión y estabilidad del tejido gingival (16).

## **1.3 Blanqueamiento dental.**

### **1.3.1 Mecanismos de acción.**

El blanqueamiento dental se basa en la capacidad de ciertos agentes químicos, principalmente el peróxido de hidrógeno y el peróxido de carbamida, para penetrar en el esmalte y la dentina y descomponer las moléculas de pigmento que causan la decoloración. Esta descomposición produce radicales libres que, a su vez, oxidan las moléculas de pigmento, convirtiéndolas en moléculas más pequeñas y menos pigmentadas o en moléculas incoloras (17).

### **1.3.2 Indicaciones y contraindicaciones.**

*Indicaciones:*

- Dientes decolorados debido a la edad, consumo de alimentos y bebidas pigmentadas, o tabaquismo.
- Dientes con decoloraciones intrínsecas leves a moderadas, como las causadas por la tetraciclina o el fluoruro (18).

*Contraindicaciones:*

- Pacientes con hipersensibilidad dentinaria preexistente.
- Dientes con restauraciones anteriores que no coinciden con el color deseado, ya que las restauraciones no cambian de color con el blanqueamiento.
- Pacientes con enfermedad periodontal activa o caries no tratadas.
- Expectativas poco realistas del paciente (19).

### **1.3.3 Efectos secundarios y su manejo.**

Los efectos secundarios más comunes del blanqueamiento dental son la hipersensibilidad dentinaria y la irritación gingival. La hipersensibilidad generalmente es transitoria y se resuelve en unos días después de finalizar el tratamiento. La irritación gingival es generalmente el resultado de un contacto del gel blanqueador con el tejido gingival.

*Manejo:*

- Uso de geles desensibilizantes que contienen nitrato de potasio o fluoruro.
- Uso de protectores gingivales durante el procedimiento para evitar el contacto con el gel.
- Reducción de la duración y frecuencia de las sesiones de blanqueamiento (20).

### **1.3.4 Relación entre blanqueamiento dental y recesiones gingivales.**

El blanqueamiento dental, si no se realiza correctamente, puede exacerbar la hipersensibilidad en dientes con recesiones gingivales. Sin embargo, no hay evidencia sólida que sugiera que el blanqueamiento dental cause recesiones gingivales. Es esencial que los pacientes con recesiones gingivales sean tratados con precaución y que se utilicen barreras gingivales para proteger los tejidos durante el blanqueamiento (21).

## **1.4 Prótesis fija individual en el sector anterior.**

### **1.4.1 Indicaciones y contraindicaciones.**

#### *Indicaciones:*

- Pérdida de un diente anterior debido a caries, trauma o enfermedad periodontal.
- Dientes anteriores con restauraciones extensas que comprometen la integridad estructural.
- Dientes con malformaciones congénitas o discromías severas que no responden al blanqueamiento dental.
- Rehabilitación estética y funcional después de tratamientos endodónticos en dientes anteriores.

#### *Contraindicaciones:*

- Pacientes con enfermedad periodontal no controlada.
- Insuficiente estructura dental remanente para soportar una prótesis.
- Pacientes con hábitos parafuncionales no controlados, como el bruxismo, que pueden comprometer la longevidad de la prótesis.
- Situaciones donde se puede optar por tratamientos menos invasivos como carillas o coronas parciales (22).

### **1.4.2 Consideraciones estéticas y funcionales.**

#### *Estéticas:*

- Color, forma y posición del diente a restaurar en relación con los dientes adyacentes.
- Relación con el tejido gingival, incluida la línea de la encía y el contorno gingival.
- Translucidez, textura y características superficiales del material protésico (23).

*Funcionales:*

- Oclusión y relación con los dientes antagonistas.
- Resistencia y durabilidad del material protésico.
- Biocompatibilidad y salud periodontal alrededor de la prótesis (24).

**1.4.3 Relación con el tratamiento de recesiones gingivales y blanqueamiento dental.**

Antes de la colocación de una prótesis fija en el sector anterior, es esencial tratar cualquier recesión gingival existente para garantizar una base saludable y estéticamente agradable. Además, si se planea un blanqueamiento dental, este debe realizarse antes de la fabricación de la prótesis para asegurar una coincidencia de color adecuada.

## **2. Objetivo general.**

Presentar el reporte de caso clínico sobre coberturas radiculares con injerto de tejido conectivo para su rehabilitación.

### **3. Consideraciones bioéticas.**

De acuerdo a la Ley General de Salud; en su artículo 17, apartado A1 la siguiente investigación se considera, sin riesgo: dado que, por encima de todo, cada paciente es un ser humano y, como tal, debe ser tratado teniendo en cuenta la moralidad racional, la responsabilidad, el cuidado y la integridad del paciente, apegándonos lo más estrechamente posible a los cuatro principios bioéticos fundamentales (maleficencia, benevolencia, autonomía). Presentamos este caso por lo complejo que es: complejo en términos de la salud oral y de empatía, comprensión y comunicación respetuosa operador- paciente.

#### 4. Presentación del caso clínico.

Paciente femenino de 54 años, aparentemente sistémicamente sana, con antecedentes hereditarios/familiares de salud, solicita atención odontológica refiriendo "Quisiera me cambiaran las resinas que tengo en los dientes de enfrente y me revisen la muela de abajo del lado izquierdo "por dolor provocado al calor y al frío específicamente en el Primer molar inferior izquierdo, FDI 36, se toman fotos intraorales y extraorales, modelos iniciales, series de radiografías panorámica y periapicales ( ver imagen 1, 2, 3, 4 y 5).

A la exploración clínica presentó cuadro clínico de un periodonto reducido Estadio II grado B actualmente en remisión, por trauma mecánico al cepillado presenta recesión gingival RT I, de acuerdo a la clasificación de Cairo, se realizó el primer control personal de biofilm con un índice de O'Leary obteniendo un resultado de **19.64%**, en los órganos dentarios 12, 13, 14, 22, 23, 24, 35 y 36 presentando bolsas periodontales al sondaje, se le realizó remoción de cálculo supragingival con el ultrasonido y una punta P1, posteriormente se realiza profilaxis dental donde al finalizar se instruyó a la paciente con la técnica de cepillado de Bass modificada y se recomendó un cepillo de cerdas suaves "Cura prox 5460", indicando la técnica para el uso de hilo dental *Essential Floss* para la higiene en zonas interproximales.

#### Imagen 1. Fotografías extraorales



A). Lateral izquierda

B). Frontal

C). Lateral derecha

Fuente: propia.

**Imagen 2.** Serie de radiografías periapicales.



Fuente: propia.

**Imagen 3.** Fotografías intraorales iniciales.



A). Oclusal superior B). Oclusal inferior C). Lateral izquierda D). Frontal E). Lateral derecha.

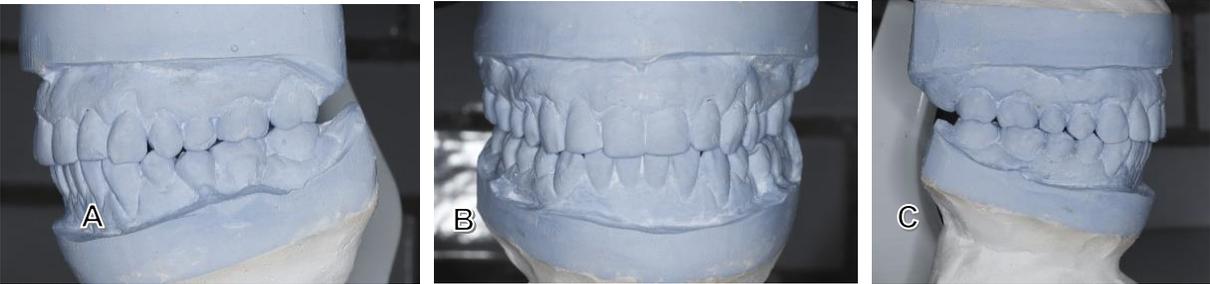
Fuente: propia.

**Imagen 4.** Radiografía panorámica



Fuente: propia.

**Imagen 5.** Modelos iniciales.



A). Modelos Lateral izquierda

B). Modelos frontal

C). Modelos lateral derecha.

Fuente propia.

#### **4.1 Sesión de raspado y alisado radicular.**

En la tercer cita se realizó tercer control personal de biofilm con un índice de O'Leary de **10.71%** se llevó a cabo el raspado y alisado cerrado *Full Mouth* en el cuadrante 1 del órgano dentario 13-17 en el cuadrante 2 del órgano dentario 23-27, en el cuadrante 3 en el órgano dentario 32 y 35-37 en el cuadrante 4 se realiza en los órganos dentarios 44-46 se colocó anestesia tópica benzocaína en gel al 20% se utilizaron curetas *Hu-Friedy* para remover el cálculo profundo subgingival en dientes anteriores y caninos con las curetas 1/2 y 3/4, en interproximales con 5/6, para órganos dentarios posteriores en zonas vestibular y lingual 7/8 y 9/10, para mesial la cureta 11/12 en distal con la cureta 13/14 durante el procedimiento se lavó con solución fisiológica se efectuó un pulido coronal con la pieza de baja velocidad, un cepillo de profilaxis y pasta profiláctica; pasando por las superficies de órganos dentarios a nivel coronal, al término de los procedimientos se le dan indicaciones postoperatorias a la paciente.

##### **4.1.1 Indicaciones postoperatorias.**

Se instruyó a la paciente mejorar su técnica de cepillado del sector anterosuperior en las caras vestibulares para disminuir el porcentaje de biofilm, así como enfatizar la higiene interproximal con *Essential Floss*, adicionalmente se prescribe el uso de colutorio *Bexident Clorhexidina 0.12%* con el cual debe realizar enjuague bucal durante 1minuto el cual se recomienda después de ingerir alimentos y del cepillado, dando a entender de forma verbal las indicaciones de acuerdo con el fabricante; en el vasito dosificador que proporciona el colutorio deberá llenarse hasta la línea marcada sin diluir, tras el cepillado de dientes se debe de enjuagar durante 60 segundos, se deberá repetir 3 veces al día después del cepillado, durante cada aplicación no ingerir alimentos mínimo durante media hora, se le prescribió por 15 días, así mismo se prescribió paracetamol de 400 mg cada 8 horas por 3 días en caso de presentar dolor, se recomienda no ingerir alimentos o bebidas ácidas.

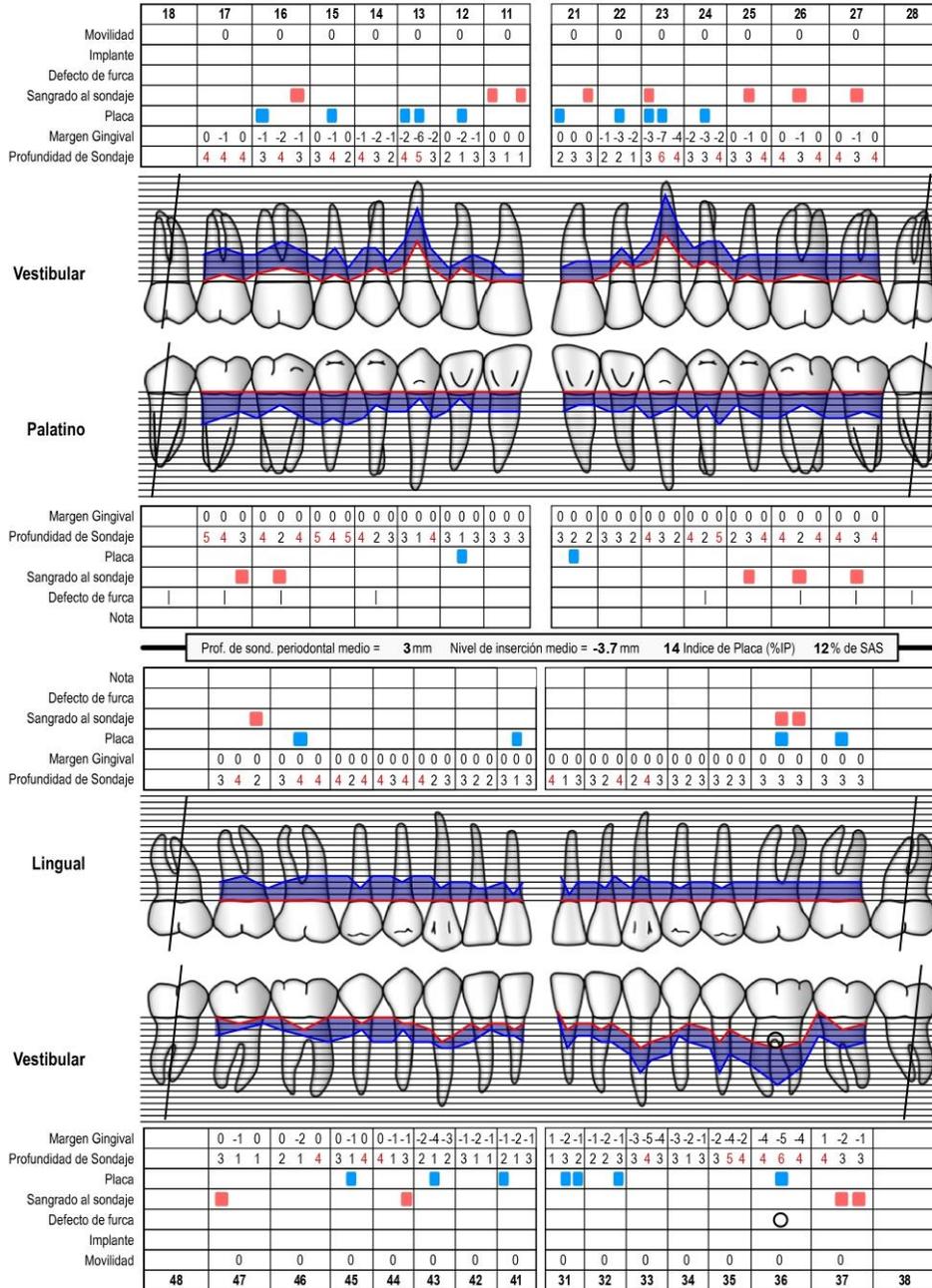
Imagen 6. Periodontograma inicial.

# Periodontograma

Fecha

Examen inicial  Reevaluación

Clinico  Periodonto reducido



www.periodontalchart-online.com

Copyright © 2010 by www.perio-tools.com

Fuente: Periochart (Internet).

En la tercera sesión se realizó un CPB con registro de 10.71% con el consentimiento de la paciente del plan de tratamiento multidisciplinario establecido inicialmente, se observa mejoría para pasar a la fase II quirúrgica.

#### **4.2 Primera cirugía mucogingival con injerto de tejido conectivo subepitelial en los órganos dentarios 12, 13 y 14 con la técnica de Langer.**

En la cuarta cita se llevó a cabo la cirugía mucogingival en órganos dentarios 12, 13 y 14 con injerto de tejido conectivo subepitelial con desplazado coronal, se colocó anestesia tópica benzocaína al 20% mediante un hisopo por vestibular y palatino posterior a éste se anestesia con Articaína 1: 100,000 en el fondo del saco vestibular y por palatino, se utilizaron 3 cartuchos de 1.8 ml.

**Imagen 7.** Recesión gingival vestibular en O.D. 12 de 1mm, 13 de 5mm, O.D 14 3mm.



Fotografía tomada por: E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

Para iniciar el procedimiento, se realizó la incisión *Newman* con un mango de bisturí *Bard Parker* del # 3 y una hoja del #15c en el órgano dentario 12, con una incisión horizontal intrasulcular y posteriormente se realizan 2 liberatrices verticales para el diseño de colgajo trapecoidal en mesial y distal, por vestibular se desprende el colgajo con la legra de *Molt* # 9 (ver imagen 8).

### Imagen 8. Colgajo



A). Desbridamiento del colgajo.

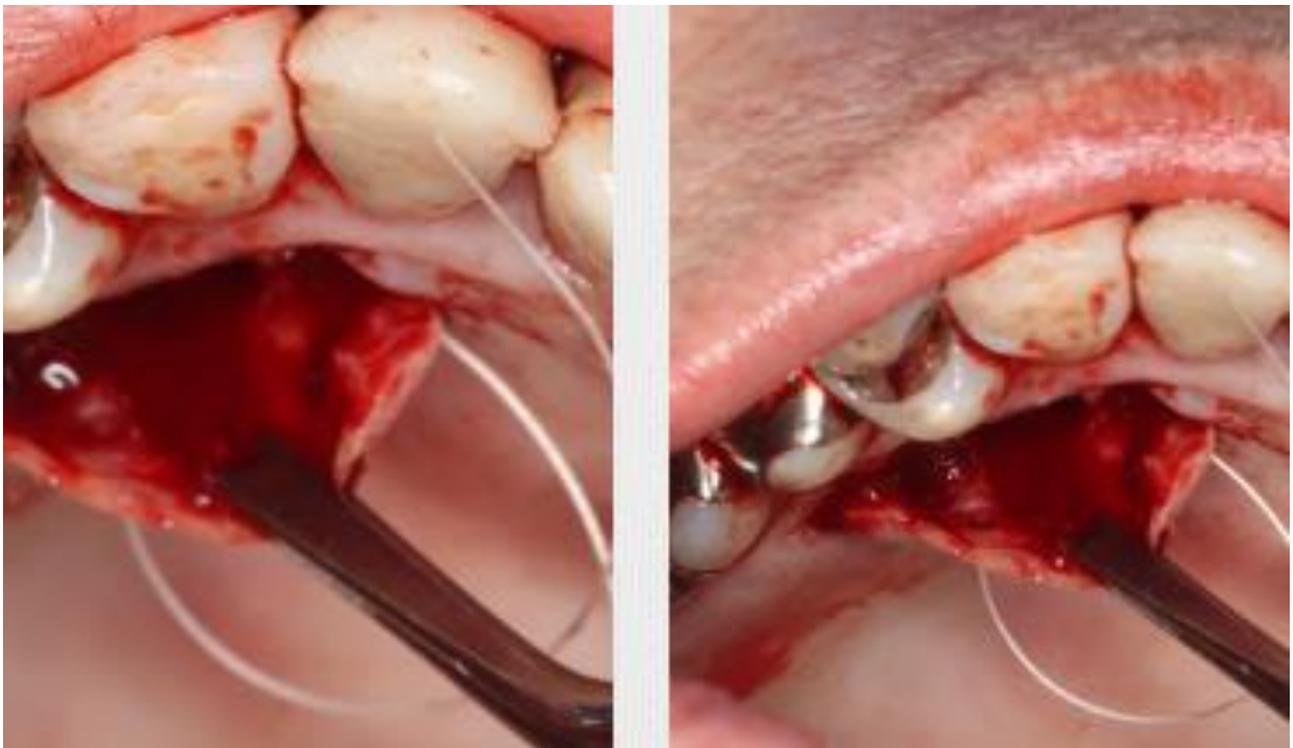


B). Preparación del lecho receptor.

Fuente: fotografías tomadas por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

Se realizó alisado radicular con curetas Gracey en las superficies, se tomó la medida del injerto previamente con la envoltura de la sutura, se anestesia en el paladar marcando con el mango del bisturí del #3 y la hoja del número #15c a la altura de premolares se tomó el injerto con técnica de ventana *Trap Door* con 3 incisiones se separó el colgajo para acceder con el bisturí a seccionar en el interior y tomar la porción de tejido conectivo con espesor de 1.5 mm despejando con el periostotomo (ver imagen 9 y 10). En todo momento se mantiene hidratado el injerto con solución salina en una gasa (ver imagen 11), se suturó en el paladar con *Vicryl* absorbible en punto de cruz. (ver imagen 18 y 19).

**Imagen 9 y 10.** Toma del injerto en zona del paladar.



Fuente: fotografías tomadas por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

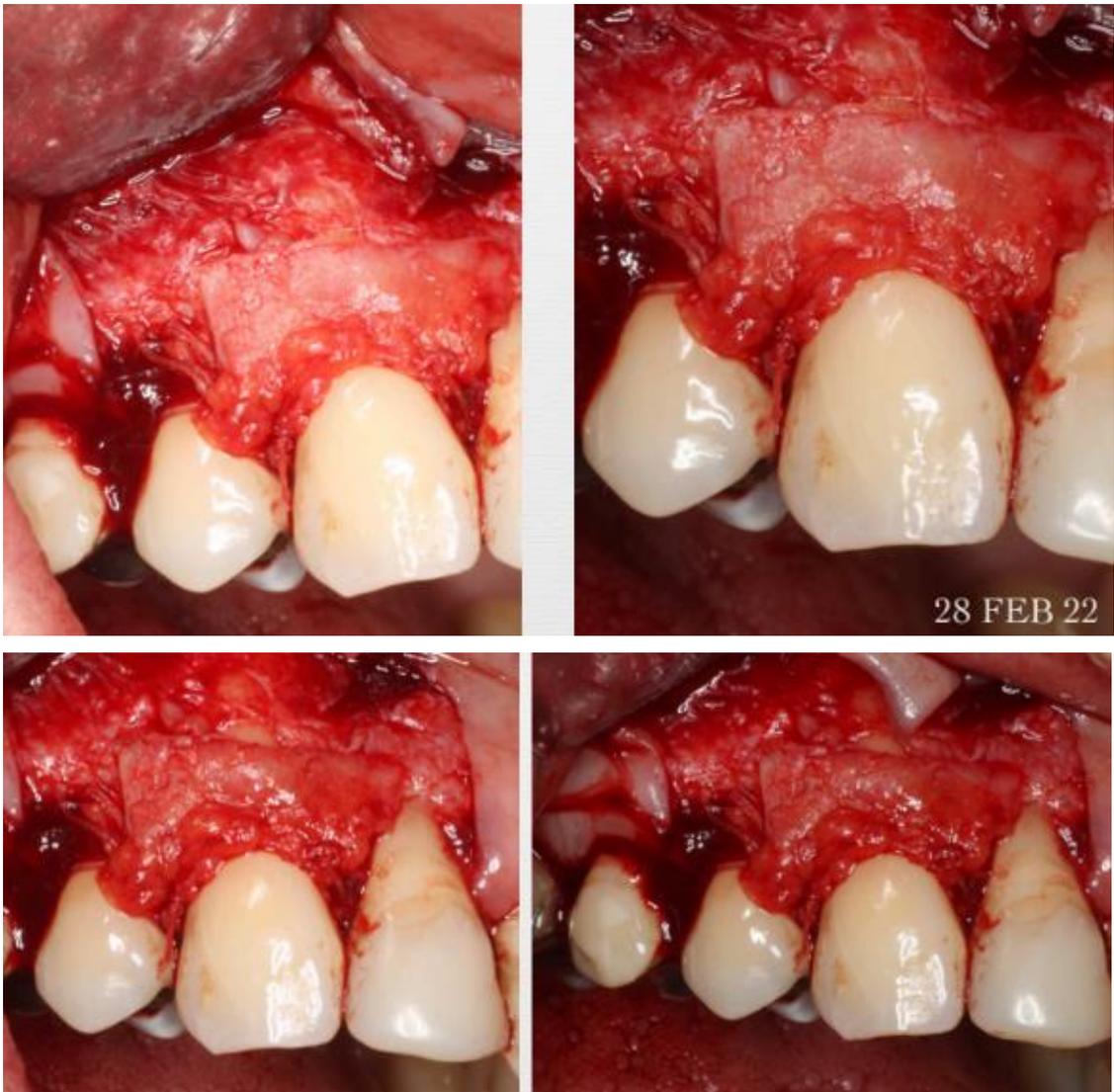
**Imagen 11.** Injerto de tejido conectivo colocado en una gasa con solución salina, 15mm largo y 3 ancho.



Fuente: fotografía tomada por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

Previamente se acondiciono el área receptora donde realizamos nuestro colgajo para la colocación del injerto, se fijó con puntos de sutura Vicryl 0000 reabsorbible (ver imagen 12, 13, 14 y 15), desplazando hacia coronal el colgajo, posteriormente se cubre el injerto con el colgajo de avance coronal, se sutura con puntos simples continuo en las liberatrices de mesial, distal e interproximal (ver imagen 16 y 17).

Imagen 12, 13, 14 y 15. Colocación del injerto en el área receptora y se fija.



Fuente: fotografías tomadas por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

**Imagen 16, 17.** Se cubre hacia coronal y se sutura con Vicryl absorbible.



Fuente: fotografías tomadas por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

**Imagen: 18, 19.** Se sutura con Vicryl 0000 absorbible zona donante.



Fuente: fotografías tomadas por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

Para la protección del injerto se coloca apósito quirúrgico y una férula rígida previamente realizada la cual se le indica al paciente llevará por 8 días hasta el postoperatorio así mismo se dan indicaciones postoperatorias como lo son evitar consumir alimentos y bebidas excesivamente calientes, limitar esfuerzos físicos y actividades deportivas durante estos 8 días, dormir con la cabeza más elevada que el resto del cuerpo ligeramente con 2 almohadas, aplicar frío local en la zona operada, comer helado de limón, realizar enjuagues con *Bexident Clorhexidina* al 0.12% el cual

lo utilizará pasando las 24 horas de la cirugía, sustituir alimentos duros por comida blanda, no ingerir leguminosas como: semillas, lentejas, alegrías, arroz. Se prescribe medicamento *Loxanin* (Loxoprofeno 60mg) tabletas, tomar vía oral 1 tableta cada 8 horas por 5 días.

#### 4.2.1 Cita postoperatoria.

Se retiró la guarda protectora revisando que la herida se encuentra rojizo e inflamado (ver imagen 20-A), realizando antisepsia Clorhexidina al 2% se colocó en una gasa llevándola a la zona donante del paladar y en la zona receptora procediendo a retirar los puntos de sutura que hayan quedado (ver imagen 20-B), al observar que se encuentra sin complicaciones se le recomiendo por 8 días más el enjuague utilizarlo 2 veces al día durante 60 segundos después de cada ingesta de alimentos y en cada uso no ingerir alimentos o líquidos, hasta que transcurran 30 minutos posteriores a la aplicación.

#### Imagen: 20. Evolución



A) 8 días de la cirugía



B) Valoración a los 15 días zona donante.

Fuente: fotografías tomadas por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

**Imagen. 21.** Revisión posterior al retiro de puntos al mes de la cirugía.



Fuente: fotografía tomada por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

#### **4.3 Segunda cirugía mucogingival con injerto de tejido conectivo subepitelial en los órganos dentarios 22, 23 y 24 con la técnica de Langer.**

En esta sesión, se realizó la cirugía mucogingival en órganos dentarios 22, 23, 24 con injerto de tejido conectivo subepitelial, se colocó anestesia tópica benzocaína al 20% por vestibular y palatino posterior a éste se anestesió con Articaina 1: 100,000 en el fondo del saco vestibular y por palatino se utilizaron 3 cartuchos de 1.8ml.

**Imagen 22.** Recesión gingival vestibular en O.D. 22 de 4mm, 23 de 8mm, O.D 24 3mm.



Fuente: fotografía tomada por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

Posterior a la anestesia se realizó la incisión *Newman* con un mango de bisturí *Bard Parker* del #3 y una hoja del #15c en el órgano dentario 22 con una incisión horizontal intrasulcular y posteriormente se hicieron 2 liberatrices verticales para el diseño de colgajo trapecoidal en mesial y distal por vestibular se desprendió el colgajo con la legra de Molt #9 realizando un raspado abierto con *Kirkland* y una cureta para dejar lisas las raíces (ver imagen 23).

**Imagen: 23.** Acondicionamiento.



A). curetaje abierto del lecho receptor.



B) Desbridamiento del colgajo.

Fotografías tomadas por: E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

Se utilizó parte de la envoltura del cartón de la sutura para medir previamente el tamaño que se necesitó para el sitio receptor, marcándolo con el mango del bisturí #3 y hoja de bisturí #15c a altura de premolares y molares, la longitud se toma de acuerdo al tamaño de nuestra zona (ver imagen 24-A), se realizó una incisión horizontal con técnica de ventana en 3 incisiones y se separó el colgajo para seccionar en el interior de la fibromucosa palatina (ver imagen 24-B).

**Imagen: 24.** Intervención en el paladar.



A). Medición previa de la zona donante

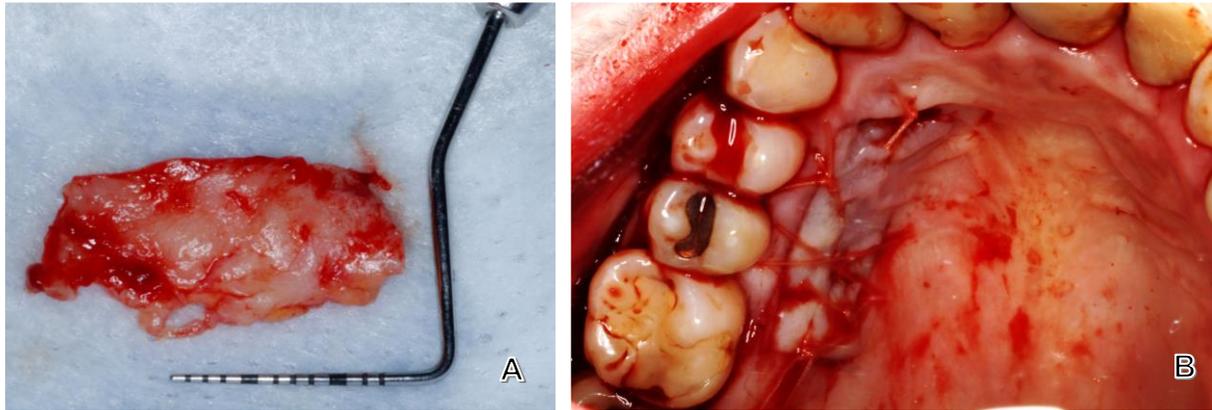


B). Separación del colgajo para la toma del injerto.

Fuente: fotografías tomadas por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

Se tomó la porción de tejido conectivo con espesor de 1.5 mm desprendiendo con el periostotomo, al obtener el injerto se colocó en una gasa con solución fisiológica mediante 2 irrigaciones para rehidratarlo durante 10 min cada una (ver imagen 25-A), se lavó con solución fisiológica en la zona del paladar y se suturó con *Vicryl* reabsorbible 0000 en punto en cruz (ver imagen 25-B).

**Imagen: 25.** Tejido conectivo y zona donante.



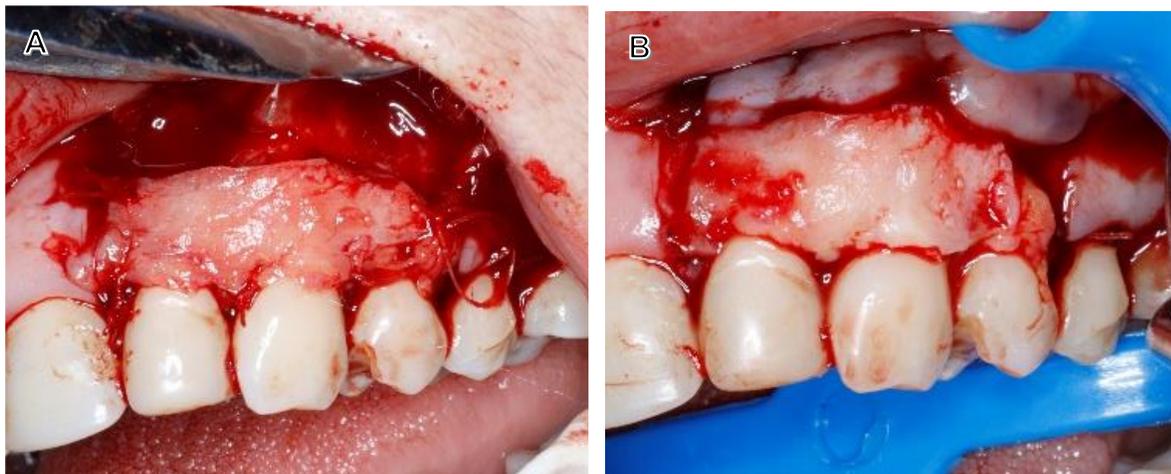
A). Injerto de tejido conectivo segunda cirugía con una medida de 16mm largo y 5mm de ancho.

B). Se sutura la zona donante *Vicryl* reabsorbible 4-0.

Fuente: fotografías tomadas por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

Previamente se acondicionó el área receptora, se fija el injerto de tejido conectivo con *Vicryl* absorbible (ver imagen 26-A, B) y el colgajo se reposicionó por encima del injerto cubriéndolo totalmente y sobrepasando el límite amelocementario por aproximadamente 2mm suturando en este caso con sutura de nylon 5-0 se fijó con puntos de sutura suspensorios reabsorbible (ver imagen 26 C, D).

**Imagen: 26.** Lecho receptor.





A). Colocación del injerto en la zona receptora. B). Desplazamiento del colgajo a coronal para la cobertura C y D) Se suturó la cobertura radicular.

Fuente: fotografías tomadas por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

Se lava y se colocó apósito quirúrgico, sin embargo, se opta también por una guarda rígida previamente realizada la cual se le indicó al paciente lo llevará por 8 días hasta el postoperatorio para protección y fijación (ver imagen 27).

**Imagen: 27. Elaboración guarda.**



A). Guarda Protector medido al modelo.

B). Guarda ya recortado para llevar a la cavidad oral al término de la cirugía.

Fuente: propia.

Así mismo se dieron indicaciones postoperatorias; evitar consumir alimentos y bebidas excesivamente calientes limitar esfuerzos físicos y todo tipo de actividades deportivas durante estos 8 días, dormir con la cabeza más elevada que el resto del cuerpo ligeramente con 2 almohadas las primeras 24hrs, aplicar frío local en la zona operada, comer helado de limón, realizar enjuagues con Bexident Clorhexidina al 0.12% el cual utilizará pasando las 24 horas de la cirugía sustituir alimentos duros por comida blanda no ingerir leguminosas (semillas, lentejas, alegrías, arroz) se prescribe medicamento Loxanin (Loxoprofeno 60mg ) tabletas, tomar vía oral 1 tableta cada 8 horas por 5 días.

**Imagen: 28. Frontal**



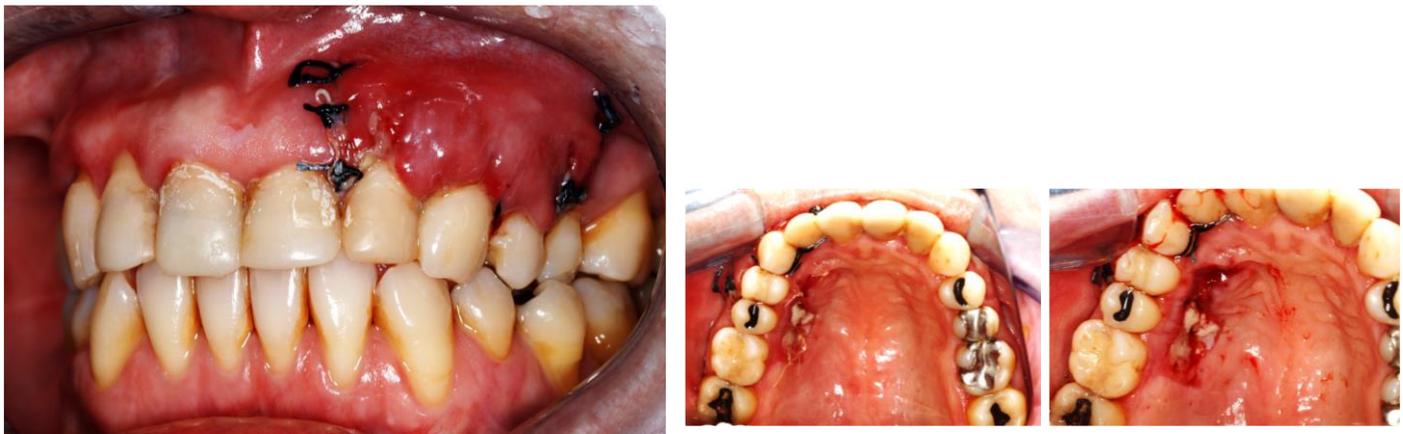
Valoración al mes de la evolución postoperatoria en la primera cirugía cuadrante 1 y finalización de la segunda cirugía suturado cuadrante 2.

Fuente: fotografía tomada por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

### 4.3.1 Cita postoperatoria.

A los 10 días posteriores a la cirugía se retiró la férula, realizando antisepsia con Clorhexidina al 2% procediendo a retirar los puntos de sutura que no se hayan absorbido (ver imagen 29), al observar que se encuentra bien se le recomienda por 8 días más el enjuague utilizarlo 2 veces al día durante 60 segundos después de las comidas y en cada aplicación no ingerir alimentos o líquidos.

**Imagen 29.** Valoración a los 10 días postoperatorios.



Se retiró la férula y el apósito quirúrgico para ver evolución en la zona donante y receptora.

Fuente: fotografías tomadas por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

**Imagen 30.** Valoración posterior a los 15 días.



Retiro de puntos en la segunda cirugía del injerto de tejido conectivo del O.D. 22 al 24 se observa con menor inflamación.

Fuente: propia.

**Imagen 31.** Periodontograma reevaluación año de las cirugías con injerto de tejido conectivo.

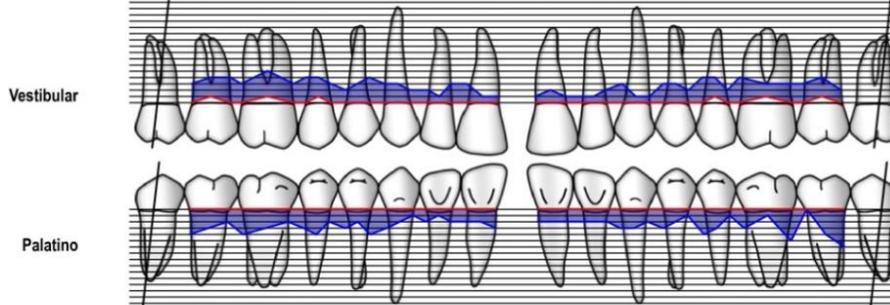
# Periodontograma

Fecha 16-01-23

Examen inicial  Reevaluación

Clinico  Periodonto reducido

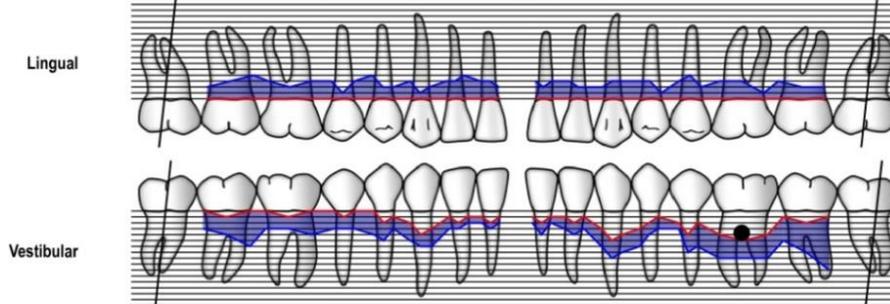
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Movilidad		0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
Implante																
Defecto de furca																
Sangrado al sondaje																
Placa																
Margen Gingival	0	-1	0	0	-1	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	-1	0
Profundidad de Sondaje	3	3	4	3	4	3	4	3	3	2	3	4	3	3	2	3



Margen Gingival	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Profundidad de Sondaje	4	3	2	4	3	2	3	4	2	3	2	4	3	2	1	2	2	3
Placa																		
Sangrado al sondaje																		
Defecto de furca																		
Nota																		

Prof. de sond. periodontal medio = 2.6mm Nivel de inserción medio = -3.1mm 8 Índice de Placa (%IP) 3% de SAS

Defecto de furca																		
Sangrado al sondaje																		
Placa																		
Margen Gingival	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Profundidad de Sondaje	2	3	4	3	2	3	3	1	3	4	2	3	1	2	3	3	4	3



Margen Gingival	0	-1	0	0	-1	0	0	-1	0	0	-2	-1	-2	-4	-3	-1	-2	-1	-1	-2	-1	-1	-2	-1	-1	-2	-1	
Profundidad de Sondaje	3	3	6	3	2	4	3	2	3	4	3	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Placa																												
Sangrado al sondaje																												
Defecto de furca																												
Implante																												
Movilidad		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38												

www.periodontalchart-online.com Copyright © 2010 by www.perio-tools.com

Fuente: Periochart (Internet).

**Imagen 32.** Evolución al año de las coberturas radiculares con los injertos autólogos.



Fuente: propia.

Al año del tratamiento se realizó un nuevo CPB con registro de 8.92%, respecto con las cirugías con injerto de tejido conectivo se realizó una reevaluación con Periodontograma (ver imagen 31) y se observó una estabilidad del espesor gingival aceptables lo que demuestra la correcta higiene y la estabilidad tisular gingival lograda con el injerto en el sector anterior, no se reportaron complicaciones en ninguno de los sitios quirúrgicos zona receptora y donadora (ver imagen 32). La literatura al respecto describe baja incidencia de complicaciones.

Sin embargo, se observó una recesión en los órganos dentarios 12, 13 de 2mm y en el 22 de 3mm (ver imagen 32), dicho lo anterior se por desplazamiento de colgajo y una cirugía semilunar.

#### **4.4 Desplazamiento de colgajo hacia coronal bajo la técnica de Liu y Soft en los órganos dentarios 12 y 13.**

Se realizó previa antisepsia del campo operatorio, anestesiando el área quirúrgica con técnica infiltrativa submucosa en el fondo del saco vestibular, se realizó una punción en el fondo del surco vestibular del diente a anestesiarse sin tocar el hueso, la aguja debe tener una angulación de 45° con respecto al eje largo o axial del diente, el depósito de la anestesia debe ser lento con el fin de evitar al paciente la sensación que genera la difusión de la solución anestésica en el tejido, se retira la aguja siguiendo la angulación de acceso y se espera unos segundos a que se realice el efecto del anestésico.

Para la preparación del desplazamiento de colgajo se midió con la sonda periodontal *Carolina del Norte* en los órganos dentarios 12 y 13 con una recesión mínima de 2mm, con mago de bisturí #3 y hoja de #15c se inserta el periostotomo a partir de la incisión liberadora para crear un túnel entre la superficie ósea y el mucoperiostio realizando el levantamiento de colgajo siguiendo el festoneado de la encía, se va seccionando para la elevación del mismo con legra de *Molt* la manipulación del tejido debe realizarse con cuidado, asegurando una tracción firme, al mismo tiempo no comprimir el periostio con el fin de que este no se prive de aporte vascular durante la intervención, así mismo con el separador de Minnesota nos apoyamos del hueso no sobre los pliegues del colgajo porque puede producir complicaciones al posoperatorio como en la cicatrización (ver imagen 33).

**Imagen 33. Desbridamiento del colgajo**



En órganos dentarios 12 y 13 al año del injerto de tejido conectivo.

Fuente: fotografías tomadas por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

Se utilizó cureta para realizar raspado y alisado así mismo el Kirkland para realizar desepitelialización de las papilas donde descansara el colgado desplazado para la cobertura de raíz (ver imagen 34).

Imagen: 34. Acondicionamiento del colgajo.



Desepitelización utilizando Kirkland en sitio de descanso para el desplazamiento del colgajo hacia coronal.

Fuente: fotografías tomadas por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

Posteriormente se realiza el desplazamiento hacia coronal hasta el margen gingival para para la cobertura de la recesión gingival ya reposicionado se sutura con seda negra 4-0 con puntos simples en zonas relajantes e interproximales (ver imágenes 35), y para brindar mayor estabilidad al colgajo se coloca apósito quirúrgico de tal forma que se cubra completamente la zona intervenida realizando una presión digital en zonas interproximales para que haya retención durante los 8 días posteriores para la protección (ver imagen 38).

**Imagen: 35.** Reposicionamiento hacia coronal y se suturó con seda negra 0000.



Fuente: fotografías tomadas por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

#### 4.4.1 Gingivectomía del órgano dentario 21 y cirugía con técnica semilunar reposicionado hacia coronal en órgano dentario 22 bajo la técnica de Tarnow.

Esta técnica se puede considerar una variante del colgajo de desplazamiento coronal, descrita por *Tarnow*, una zona gingival bien queratinizada es necesaria e ideal si la retracción no es muy extensa, Indicado en casos de recesión gingival poco profunda donde una tira de encía está unida a la lesión por más de 3 mm en el vértice de la recesión gingival.

El colgajo consiste en desplazar la encía adherida queratinizada por encima de la depresión en forma de medialuna en dirección coronal

Paciente de 54 años de edad femenino presenta una recesión de 3mm RT I de Cairo a nivel del órgano dentario 22 (ver imagen 32).

**Imagen: 36.** Gingivectomía en el órgano dentario 21 y recesión de 3mm en el órgano dentario 22.



Fuente: fotografía tomada por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

Posteriormente de la antisepsia en el campo operatorio se realiza técnica anestésica en bloqueo del nervio alveolar superior anterior por infiltración infraperióstica o local colocando la anestesia infiltrativa con lidocaína al 2% con epinefrina para poder realizar una gingivectomía en el órgano dentario 21 (ver imagen 36), se procede a

realizar la incisión semilunar con bisturí # 3 a 4 mm de la encía marginal se realiza una incisión con forma semilunar de forma paralela a la recesión.

Esta incisión llegará hasta 2-3 mm del margen gingival de las papilas interdentarias que limitan la recesión, luego se realizó la incisión surcal y una disección a espesor parcial de la encía queratinizada, para conectar la incisión intrasulcular con la incisión semilunar, realizado esto se procedió a la reposición del tejido incidido hacia coronal recubriendo la raíz expuesta. Con la ayuda de una gasa húmeda, se mantuvo presionado el colgajo en esta nueva posición en un tiempo de 4-5 min (ver imagen 37).

**Imagen 37.** Colgajo semilunar en órgano dentario 22 y alargamiento coronal del 11 y 21.



Fuente: fotografía tomada por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

Al término de este procedimiento se coloca apósito quirúrgico realizando nuevamente cierta presión hacia coronal encima del cemento (ver imagen 38), mencionando de forma verbal y escrita las indicaciones postoperatorias que debe seguir; se recomienda reposo, evitando cualquier esfuerzo físico, no enjuagarse, ni lavarse los dientes, ni escupir durante las 24 horas posteriores a la cirugía, mantener una dieta blanda y fría, tomar la medicación prescrita (ibuprofeno actron 600mg) realizar higiene oral con un

cepillo de dientes de cerdas suaves, una pasta fluorada antimicrobiana, hilo dental y enjuague sin alcohol.

**Imagen: 38.** Colocación del apósito quirúrgico al finalizar ambos procedimientos.

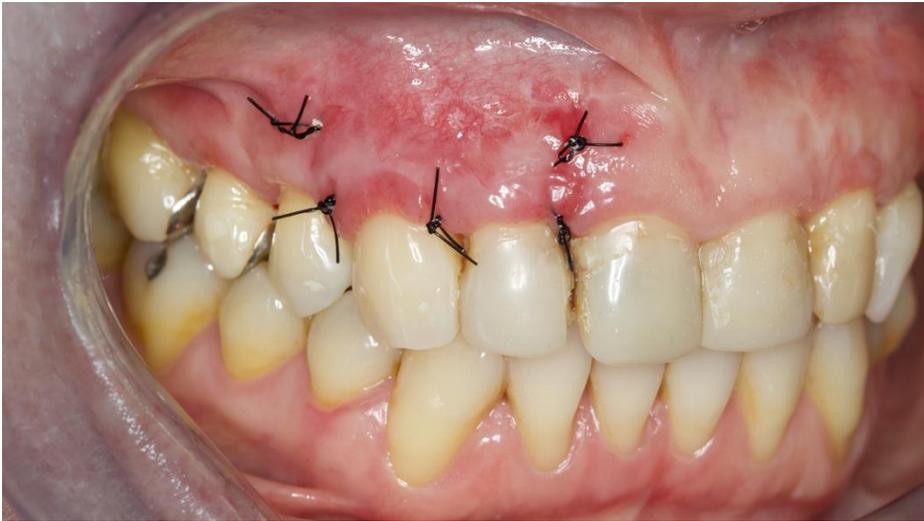


Fuente: fotografía tomada por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

#### **4.4.2 Cita postoperatoria.**

A los 12 días se citó al paciente se realizó antisepsia, se retiró el cemento quirúrgico (ver imagen 39), se retiran puntos de sutura y se observó buena evolución en las zonas intervenidas quirúrgicamente (ver imagen 40).

**Imagen: 39.** Posoperatorio retiro de puntos de sutura seda negra 4-0.



Fuente: fotografía tomada por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

**Imagen 40.** Posoperatorio del desplazamiento semilunar.



Fuente: fotografía tomada por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

#### 4.5 Blanqueamiento dental mediante Opalescence Boost.

A las 3 semanas de la última intervención quirúrgica se realiza la toma de modelos para la preparación de los acetatos en el blanqueamiento dental.

Paso 1.

Recorte de modelos y preparación con el kit para la fabricación de los guardas oclusales.

Paso 2.

Se toma del kit la resina de ultradent para generar espacios de reserva colocando una capa de 0,5mm de espesor sobre las caras vestibulares manteniendo la resina a 1,5mm de la línea gingival sin extendernos a los bordes incisales y superficies oclusales, así evitar que el peróxido se expanda hacia las encías (ver imagen 41).

Para que se seque más rápido se fotocuró de 20 a 40 segundos por diente.

**Imagen 41.** Colocación de la resina del kit en las caras vestibulares de los modelos.



Fuente: propia.

Previamente se dejó calentar el vacuum, se coloca el acetato blando esperando unos segundos hasta que se forme una burbuja de aire se activa el vacío hacia el modelo de yeso, para que se adapte el plástico al modelo.

Se espera a que se enfríe para remover la férula del yeso recortando excesos mediante el mango de bisturí #3 y hoja de bisturí #15 siguiendo el margen gingival para que el material no irrite y cause dolor en las encías (ver imagen 42).

**Imagen 42.** Fabricación y recorte de las férulas con los modelos previamente realizados.



Fuente: propia.

#### 4.5.1 Primera sesión para el blanqueamiento.

Antes de iniciar con el tratamiento dental se realiza un pulido dental (ver imagen 43).

**Imagen 43.** Finalización del pulido previamente al inicio del blanqueamiento.



Fuente propia.

Posteriormente se comienza con el tratamiento de blanqueamiento en arcada superior y después en la inferior.

**Imagen 44.** Materiales requeridos para inicio del tratamiento.



Fuente: propia.

Paso 1: Previamente al blanqueamiento se realiza toma de color se observa en 8 (ver imagen 45).

**Imagen 45.** Toma de color inicial 8 arcada superior e inferior.



Fuente:propia.

Paso 2: Se rellena la férula con el gel para cargarla iniciamos con una capa de incisales a molares iniciando con la arcada superior en la zona vestibular donde previamente se hicieron los espacios para que entrara el medicamento (ver imagen 46).

**Imagen 46** Colocación del gel en las férulas previamente realizadas de forma individual.



A). Superior

B). Inferior

Fuente: propia.

Paso 3: Se lleva a la cavidad oral para colocar el guarda con gel sobre los dientes presionando suavemente sobre los bordes de las superficies por 20 min, al término de este tiempo se retira la férula y se pasa una gasita húmeda por todas las caras de los dientes para retirar residuos se indica al paciente enjuagarse la boca dos veces evitando tragar residuos de gel (ver imagen 47- A, B, C, D).

Se repite el mismo procedimiento en la arcada inferior.

**Imagen 47.** Férulas llevadas a la cavidad oral.



A y B). Férula superior

C y D) Férula inferior.

Fuente: propia

Se limpia cada férula con agua fría y un cepillo, para dejarlas libre de residuos y se guarda en su estuche, al término del procedimiento se vuelve a tomar el color con el colorímetro en arcada inferior y superior y se observa ligera diferencia en 7 (ver imagen 48).

**Imagen 48.** Toma de color al finalizar la primera sesión del blanqueamiento.



Fuente: propia.

#### **4.5.2 Segunda sesión del blanqueamiento.**

En la segunda sesión no es necesario realizar el pulido dental solo se realiza el procedimiento de blanqueamiento.

Arcada superior.

Paso 1: Antes de iniciar se realiza toma de color y se encuentra en 7 (ver imagen 49).

**Imagen 49.** Toma de color inicial de la segunda sesión del blanqueamiento.



Fuente: propia.

Paso 2: Se rellena la férula con el gel para cargarla iniciamos con una capa de incisales a molares iniciando con la arcada superior en la zona vestibular donde previamente se hicieron los espacios para que entrara el medicamento (ver imagen 50).

**Imagen 50.** Colocación del medicamento en las férulas de forma individual.



A). Férula superior



B). Férula inferior.

Fuente: propia.

Paso 3: Se lleva a la cavidad oral para colocar el guarda con gel sobre los dientes presionando suavemente sobre los bordes de las superficies por 20 min, al término de este tiempo se retira la férula y se pasa una gasita húmeda por todas las caras de los dientes para retirar residuos se indica al paciente enjuagarse la boca dos veces evitando tragar residuos de gel (ver imagen 51).

**Imagen 51** Férulas para aplicación.



- A). Férula superior llevada a la cavidad oral en la segunda sesión.
- B). Retiro de la misma al transcurrir los 20 minutos.

Fuente: propia.

Paso 4: Se repite el mismo procedimiento en la arcada inferior.

Al término del procedimiento se vuelve a tomar el color con el colorímetro y se observa ligera diferencia en 6(ver imagen 52), se limpia la férula con agua fría y un cepillo, para dejarla libre de residuos y se guarda en su estuche.

**Imagen 52.** Toma de color al finalizar la segunda sesión se observó en 6.



Fuente: propia.

#### **4.5.3 Tercera sesión del blanqueamiento dental.**

Paso 1: Se realiza toma de color con el colorímetro del kit en ambas arcadas se encuentra en 6 (ver imagen 53).

**Imagen 53.** Toma de color inicial de la tercera sesión del blanqueamiento se observa en 6



Fuente: propia.

Paso 2: Se va rellenando la férula con el gel en peróxido se va cargando poco a poco hasta repartirla por todos los espacios de molares a molares del lado contrario, principalmente por caras vestibulares donde se colocó el medicamento (ver imagen 54).

**Imagen 54.** Relleno de las férulas con el medicamento del kit vaciando en cada férula una jeringa dispersándola en los espacios.



Fuente: propia.

Paso 3: Llevamos la férula a la cavidad oral ejerciendo presión sobre la férula suavemente por 20min. Al terminar este tiempo se retira la férula se pasa una gasita húmeda por todas las caras de los dientes con jeringa triple lavamos retirando excesos y solicitamos al paciente enjuagarse 2 veces hasta que ya no tenga excedentes del gel (ver imagen 55).

**Imagen 55.** Tercera sesión aplicación del medicamento.



A). Férula superior



B). Férula inferior.

Fuente: propia.

Paso 4. Nuevamente se repite el mismo procedimiento en la arcada inferior, se realiza toma de color posterior al procedimiento observando un cambio de 6 a 5 en ambas arcadas.

**Imagen 56.** Toma de color al finalizar la tercera sesión.



Fuente: propia.

Paso 5: Se lavan y se limpian completamente las férulas con agua fría y un cepillo de dientes hasta dejarlas libres de residuos se secan y se guardan en el estuche.

NOTA: A petición y satisfacción del paciente ya no se realiza una sesión más del blanqueamiento ya que considero muy bien el color de sus dientes con las 3 sesiones. Por lo tanto, no fue necesaria la cuarta sesión como lo indica el fabricante del blanqueamiento.

#### **4.6 Plan de tratamiento para coronas metal-porcelana en zona anterosuperior.**

A la exploración clínica presento línea de sonrisa gingival media, actualmente tras intervenciones en otras áreas clínicamente presenta restauraciones de resina compuesta, en la que la paciente refiere que le fueron realizadas hace más de 30 años colocada con técnica estratificada en los órganos dentarios 11,12,21,22 (ver imagen 57).

**Imagen 57.** Fotografía inicial para presentación del caso clínico previamente a realización del tallado para las coronas.



Fuente: propia.

Al examen radiográfico se observa que ninguno de los órganos dentarios que fueron restaurados con resina no presentan un tratamiento de conductos, la paciente niega presentar alguna sintomatología, no se observa lesión apical, ligeramente se observa el ligamento ensanchado en el órgano dentario 22 ausencia de terceros molares y un soporte óseo favorable (ver imagen 58).

**Imagen 58.** Radiografía panorámica



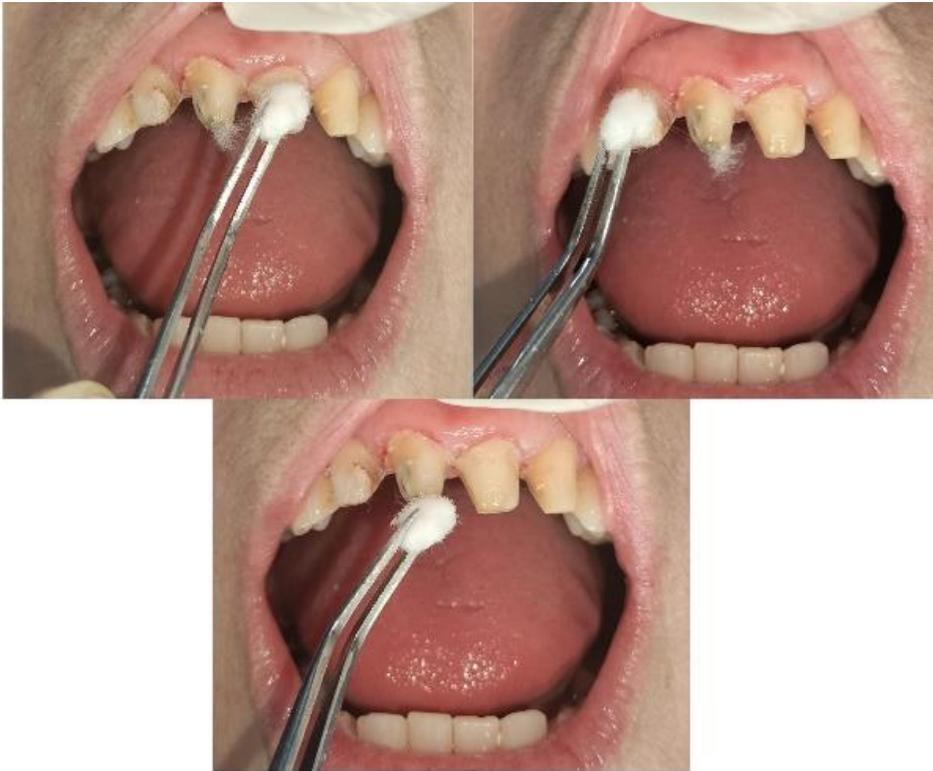
Posterior a las cirugías en el sector superior para inicio del tratamiento protésico individual de lateral a lateral en superior.

Fuente: propia.

Como plan de tratamiento protésico en el sector anterosuperior se indica a la paciente que se realizaran pruebas pulpares (ver imagen 59) y de acuerdo con la respuesta en los muñones se indicara que no es necesario realizar el tratamiento de conductos antes de la colocación de las coronas metal- porcelana, posterior a la aceptación de la paciente y firma en el consentimiento informado se comienza con el plan de tratamiento protésico previamente explicado.

Se inicia a retirar con fresa protésica troncocónica la resina anteriormente colocada de forma estratificada, al encontrar los muñones se observa tejido sistema remanente sano reconstruido, se realizan pruebas pulpares no hay ninguna respuesta, se inicia la preparación de los muñones con fresa de rueda en el borde incisal, en la cara vestibular y palatina se realiza el desgaste con fresa de diamante cónica, en zonas interproximales con punta de lápiz, para la línea de terminación se realiza en filo de cuchillo con fresa protésica.

**Imagen 59.** Pruebas Pulpares con *Endo-ice* en cada órgano dentario.

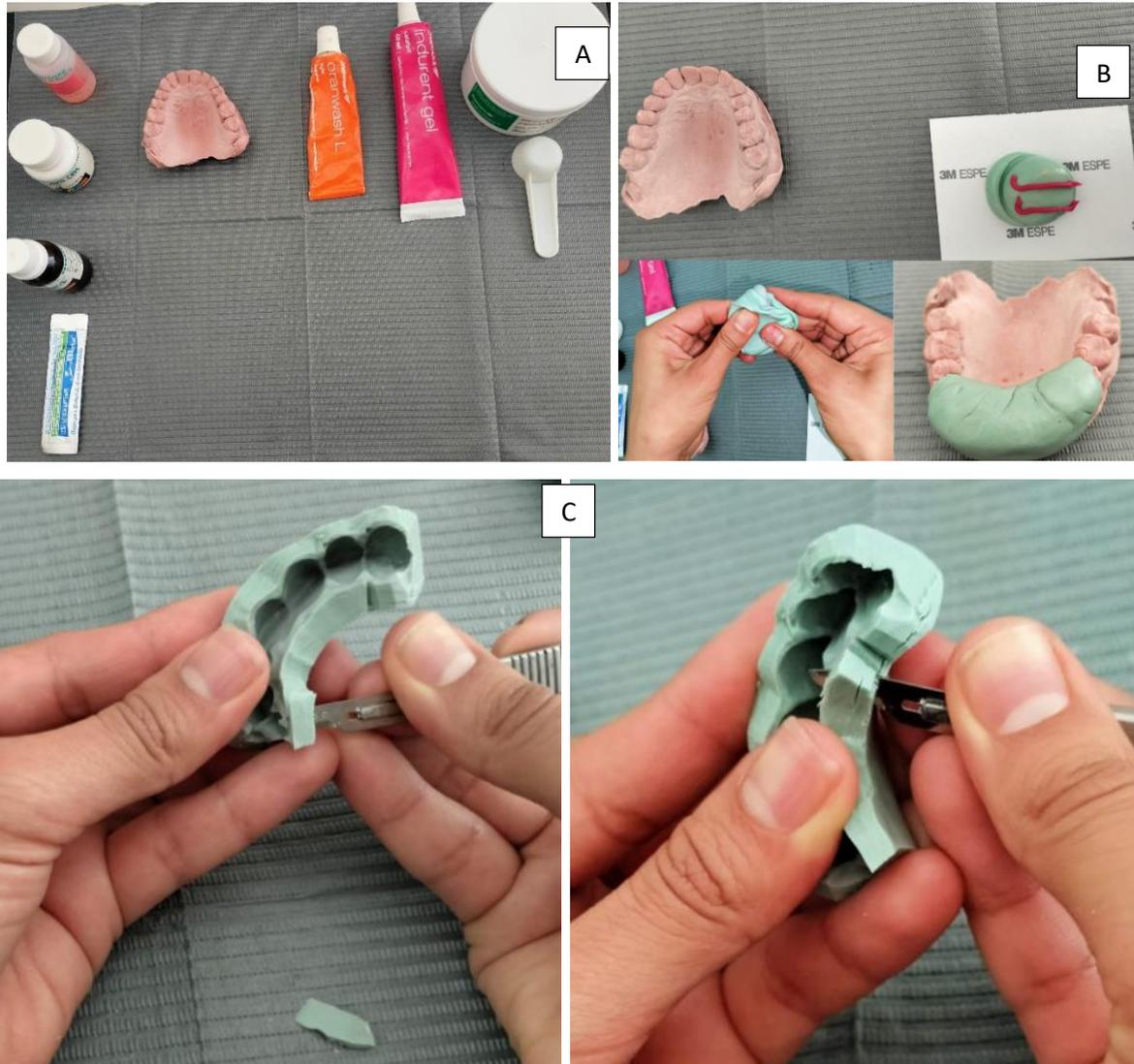


Fuente: propia.

Posterior a la preparación de los tallados con la guía de silicona previamente realizada (ver imagen 60), se humedecen los órganos dentarios de los tallados, se inicia la preparación del acrílico *Nicton* autopolimerizable dosificándolo en un godete polvo liquido se mezcla hasta que entre en etapa plástica ya que se adhiere a la espátula lo llevamos a la guía antes de llevarlo a la cavidad oral previamente humidifica en los muñones.

Se lleva la guía ejerciendo presión se va revisando y cuando el acrílico pasa a etapa elástica se retira la guía continuamos humedeciendo hasta que el acrílico va autopolimerizando cuando se encuentra un poco rígido se retira para poder recortar excedentes con piedra rosa, pulir, ajustar (ver imagen 61).

## Imagen 60. Preparación Guía silicona



A). Materiales B) Mezcla de silicona con el catalizador y se lleva al modelo C). Recorte de excedentes de la guía de silicona.

Fuente: propia.

**Imagen 61.** Provisionales realizados, ajuste y pulido, vista vestibular y palatina.



Fuente: propia.

Antes de la cementación de los provisionales se realizó la toma de impresión definitiva con técnica de dos pasos con silicona de adición.

Se mide la porta impresión superior, se toma una porción de la base (masa) mediante la cucharilla para la arcada completa se coloca en la loseta de papel para dosificar con el activador se amasa por 30 seg. Con las yemas de los dedos sin los guantes, al encontrarse homogéneo se lleva a la cucharilla y de inmediato ejerciendo presión por 3min en la cavidad oral, se espera a que polimerice después se añade la silicona ligera y el catalizador en la dosificación formando dos líneas de igual longitud, que con anticipación fueron mezclados de forma manual en la loseta de vidrio usando una espátula distribuyendo el catalizador sobre la silicona ligera por 30 seg. Hasta que la mezcla sea de color homogéneo, seguidamente este material fluido se coloca en la impresión llevando a la cavidad oral nuevamente efectuando presión manteniéndola en la posición por 3 min hasta que endurezca, se va revisando el grado de endurecimiento con la mezcla que sobresale.

Una vez que ha sido retirada de la cavidad oral se enjuaga la impresión se corre con yeso IV en una taza de hule dura con espátula de metal se espera aproximadamente 1 hora a que fraguo para obtener nuestro modelo negativo.

En arcada inferior se selecciona la cucharilla, en una taza de hule blando se agregan medidas 1:1 polvo- agua y con una espátula de plástico se mezclan hasta obtener que sea sin burbujas y brillante con la espátula se lleva a la cucharilla, seguidamente a la cavidad oral con presión esperando a que endurezca realizando movimientos en el labio para que se marquen las zonas anatómica, una vez que ha endurecido se retira de la cavidad oral y se corre con yeso IV en una taza de hule dura con espátula de metal se espera aproximadamente 1 hora a que fraguo para obtener nuestro modelo de los órganos dentarios antagonistas.

Finalmente se solicita al paciente enjuagarse, se lava en la zona de los muñones se ajustan que los provisionales no lastimen o vayan a inflamar la encía, se prepara el cemento temporal (*Temp-bond, Kerr*) en una loseta de vidrio colocando una porción 1:1 de base y acelerador se mezcla con espátula de para la cementación se lleva a los provisionales se llevan a cavidad oral se espera a que seque una vez que se encuentra seco se retiran excedentes con el explorador se revisa que no queden puntos alto con papel de articular, y se retiran con piedra de Arkansa, se cementan con este material para el posterior cambio a su restauración definitiva (ver imagen 62).

**Imagen 62.** Cementación de provisionales.



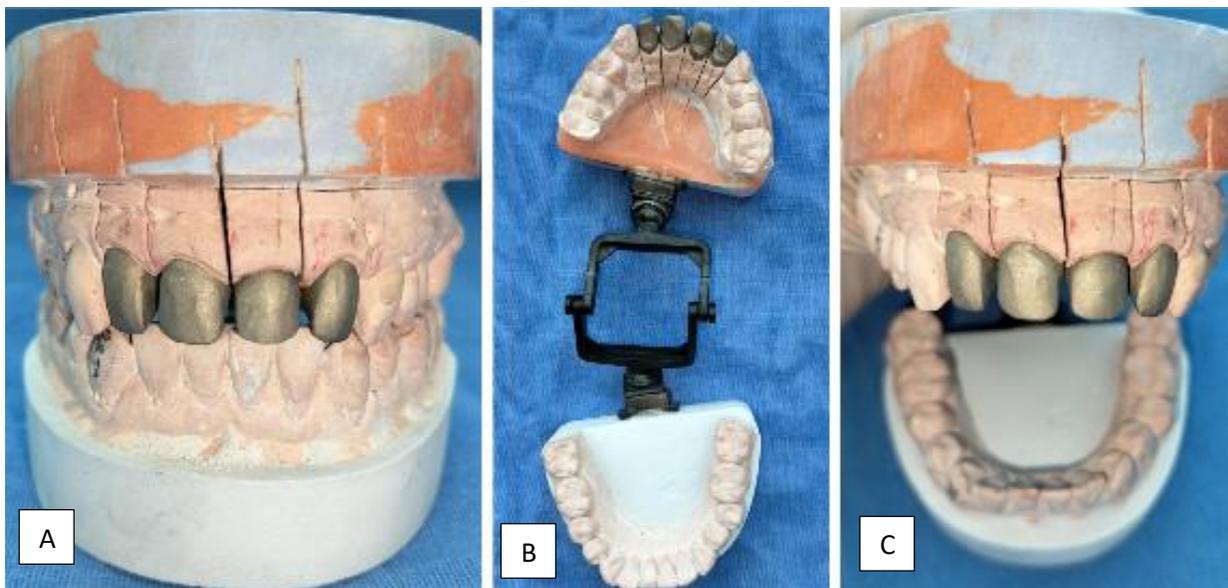
Fuente: propia.

#### 4.6.1 Prueba de metal.

Se realiza remoción de los provisionales y lavado completo de los muñones eliminando residuos del cemento provisional.

Procediendo a las pruebas de las cofias de metal de forma individual y en conjunto (ver imagen 64), ejerciendo un ligero asentamiento en cada uno sin ejercer demasiada presión digital, realizando la evaluación de adaptación a través del explorador para corroborar que exista un buen ajuste del borde y sellado de marginal, verificar que exista el espacio para la porcelana.

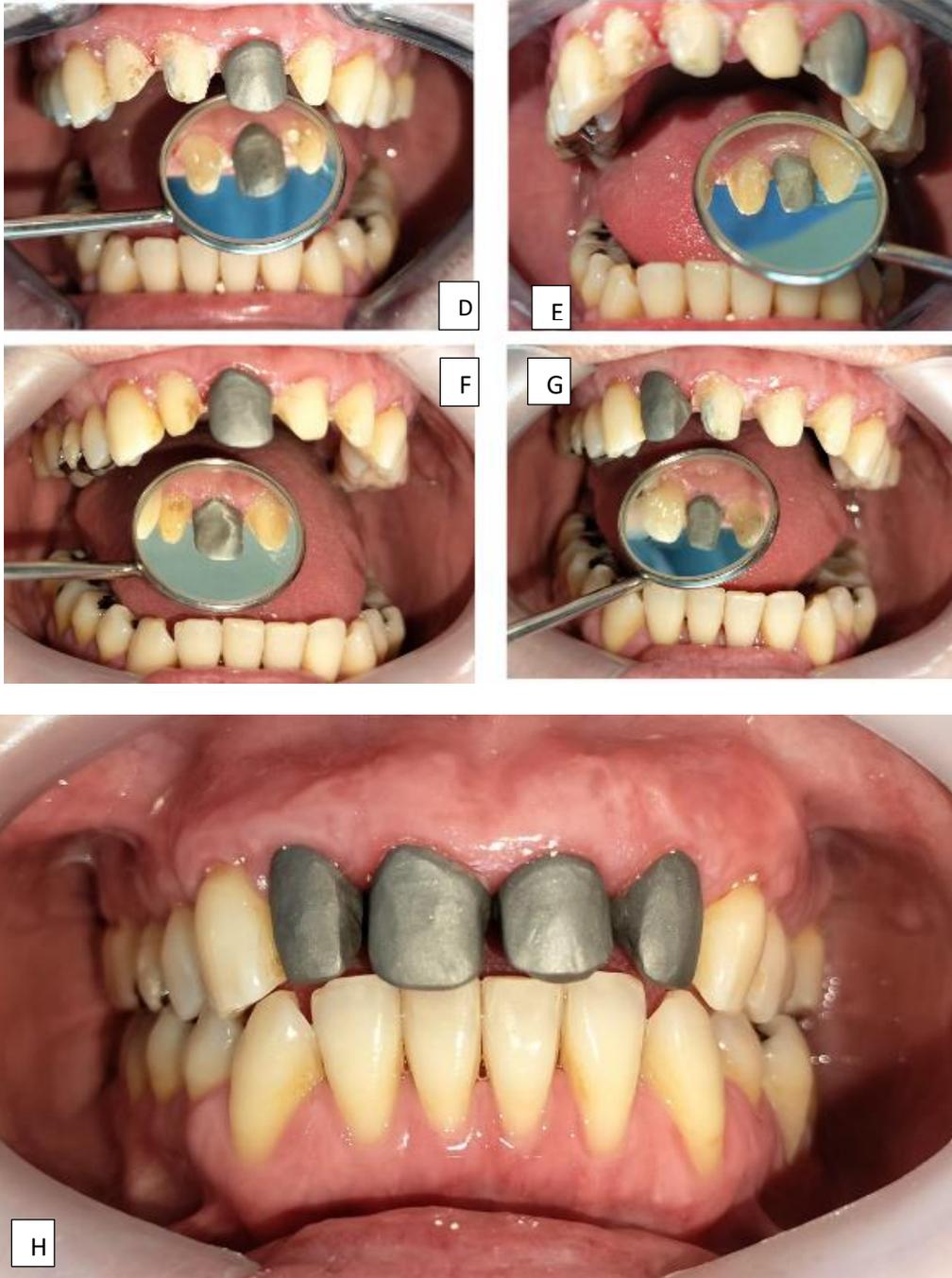
**Imagen 63.** Pruebas de metal.



A), B) Y C). Troquelado, cofias de metal en modelos de estudio

Fuente: propia

Imagen 64. Pruebas de metal individual.



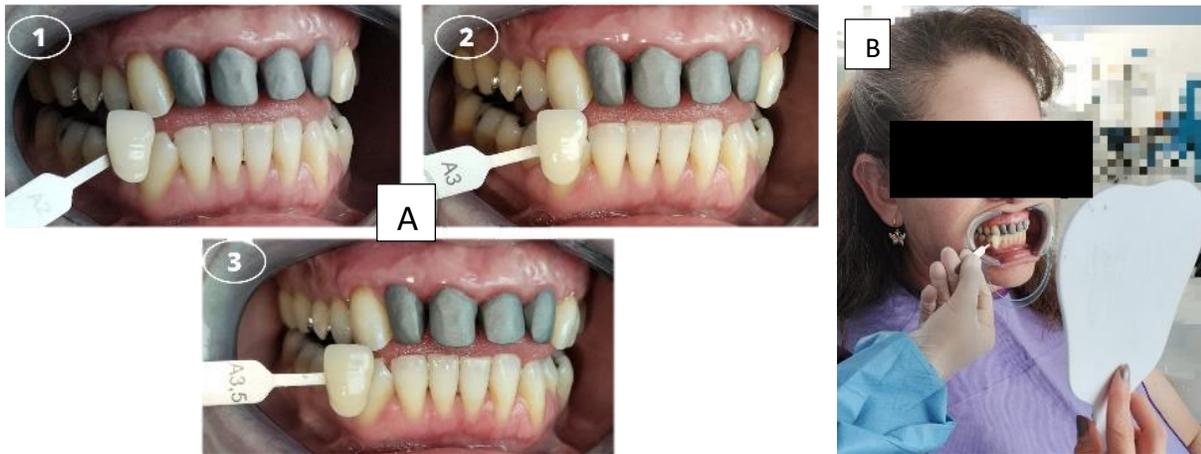
H). Prueba de copias de metal y adaptación en cavidad oral en juntas.

Fuente: propia.

#### 4.6.2 Selección de color.

Se utilizan dientes vecinos y antagonistas con colorímetro *Vita Básical* (ver imagen 65).

**Imagen 65.** Toma del color



A) Opciones por el operador.

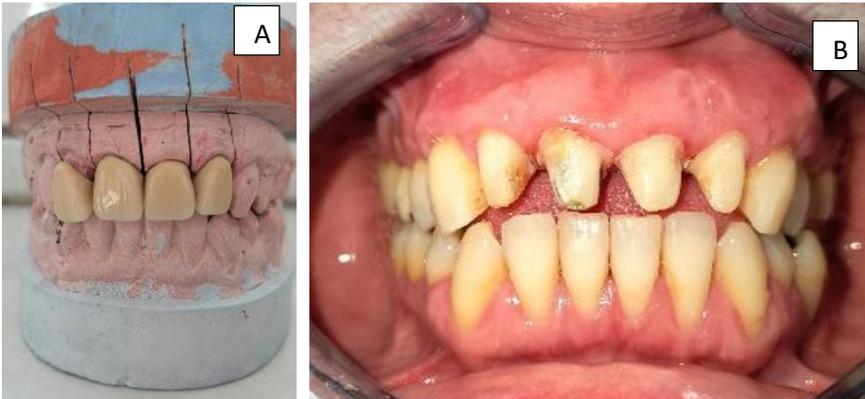
B) selección por el paciente.

Fuente: propia.

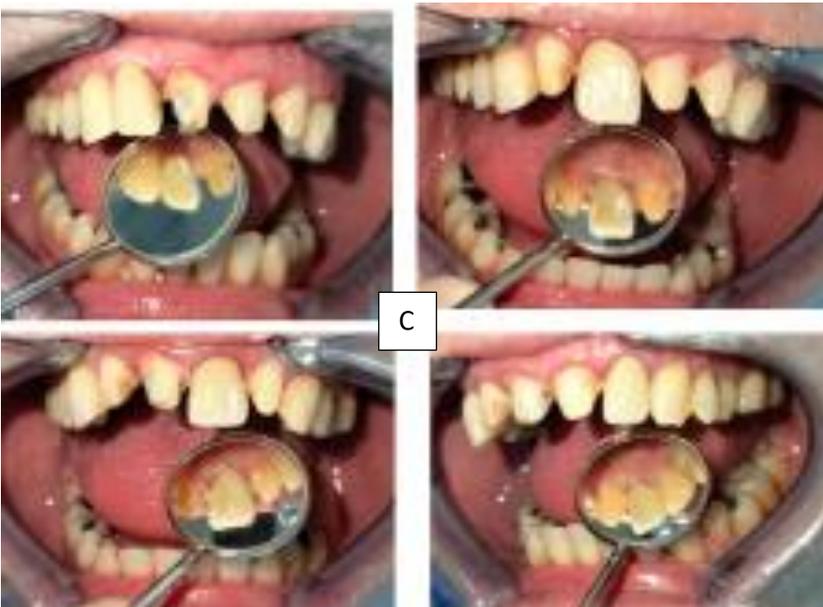
### 4.6.3 Prueba de biscocho.

Se realizan pruebas de biscocho consiste en colocar la corona no glaseada en boca, esta será la última prueba antes de glasear, sirve para la verificación el ajuste y adaptación (ver imagen 66).

**Imagen 66.** Ajuste de prueba de biscocho.



A). Coronas de metal porcelana en modelos de yeso. B) Preparación de los tallados para prueba de biscocho.



C). Prueba de biscocho individual.

Fuente: propia.

#### 4.6.4 Ajuste y cementación de las coronas.

Finalmente se procedió a realizar la cementación de las coronas metal porcelana en el sector anterosuperior de forma individual con ionómero tipo I (ver imagen 67).

**Imagen 67.** Cementación final de las coronas de metal porcelana



Fuente: propia.

**Imagen 67.** Tipo de sonrisa.



Fuente: fotografía tomada por, E. en P. Angélica Sánchez Herrera.

**Imagen 68.** Inicial.



**Imagen 69.** Evolución a los 5 meses posteriores al tratamiento finalizado.



Fuente: propia.

## 5. Discusión.

La recesión gingival es una afección oral común que puede conducir a problemas estéticos y funcionales si no se recibe tratamiento oportuno (25) Diversos enfoques terapéuticos, como los injertos de tejido conectivo (CTG), (26) (27) (28) (29) (30) han demostrado ser efectivos en cubrir las superficies de la raíz expuestas. Sin embargo, existen variaciones en las técnicas y en los resultados obtenidos.

Las técnicas de injerto de tejido conectivo (CTG) han demostrado su efectividad en la cobertura de raíces expuestas debido a una recesión gingival. Sin embargo, es necesario destacar que las variaciones en los resultados de los estudios podrían deberse a numerosas variables como la técnica utilizada, la habilidad del cirujano, la profundidad y el ancho de la recesión, y las características individuales del paciente, incluyendo su capacidad para mantener una higiene bucal adecuada y su respuesta biológica a la cirugía (31).

La elección de la técnica de CTG a menudo depende del juicio clínico del cirujano. Algunas técnicas, como el injerto de tejido conectivo subepitelial, son generalmente preferidas debido a su mayor predictibilidad y excelentes resultados estéticos (32). Sin embargo, estas técnicas pueden estar asociadas con morbilidad del sitio donante, y podrían no ser viables en pacientes con un biotipo gingival delgado. Por otro lado, técnicas alternativas como la técnica del túnel pueden minimizar la morbilidad del sitio donante, pero pueden ser técnicamente más desafiantes y requerir un mayor nivel de habilidad por parte del cirujano (33). Además, el tratamiento exitoso de la recesión gingival con CTG no sólo depende de la técnica quirúrgica, sino también de la prevención de los factores etiológicos, como el cepillado traumático y la enfermedad periodontal (25). Por lo tanto, la educación del paciente sobre la higiene bucal adecuada es una parte integral del tratamiento.

Se ha determinado que el estado general de salud del paciente puede jugar un papel importante, en las condiciones de salud sistémicas, como la diabetes, pueden afectar negativamente la cicatrización de las heridas y el resultado final del injerto

(34), además, los hábitos perjudiciales como el consumo de tabaco, pueden retrasar la curación y reducir la efectividad del injerto (35). Además, los factores genéticos también pueden influir en el resultado del CTG. Algunas personas pueden tener una predisposición genética a una mayor recesión gingival, lo que podría afectar la eficacia a largo plazo del tratamiento (36).

Por otro lado, hay que tener en cuenta que los injertos de tejido conectivo no sólo ofrecen beneficios funcionales, como la reducción de la sensibilidad radicular y la protección contra la caries radicular, sino que también ofrecen beneficios estéticos (37) . Esta última puede ser un factor determinante para muchos pacientes, y el éxito en este aspecto puede variar dependiendo de la técnica utilizada y la habilidad del cirujano.

Finalmente, es importante resaltar que el seguimiento postoperatorio y el mantenimiento a largo plazo son fundamentales para el éxito del tratamiento. Los pacientes deben ser instruidos sobre la importancia de mantener una buena higiene oral y de asistir a las citas de seguimiento para asegurar una cicatrización adecuada y prevenir futuras recesiones, en conjunto, el tratamiento de la recesión gingival con CTG es un procedimiento multifacético que requiere una comprensión profunda de las variables del paciente, la técnica quirúrgica y el cuidado postoperatorio. Aunque es un tratamiento eficaz para la recesión gingival, es imperativo que se realicen más estudios poblacionales para determinar cuáles son las mejores prácticas en la utilización de CTG para la cobertura radicular. A medida que exista más información reportada, los profesionales de la salud dental, específicamente cirujanos dentistas y periodoncistas estarán mejor capacitados para personalizar los tratamientos y maximizar los resultados periodontales para cada paciente en particular.

## 6. Conclusiones

Las recesiones gingivales son una preocupación clínica y estética que puede abordarse eficazmente mediante la cobertura radicular con tejido conectivo proveniente del paladar, de acuerdo a los avances y actualizaciones de las clasificaciones en la periodontología se han propuesto nuevos procedimientos con más eficacia para detener la progresión y regenerar los tejidos. Los resultados obtenidos en la presentación de este caso indican beneficios estéticos y funcionales siendo un procedimiento positivo para progresar en el estado de salud oral y el pronóstico periodontal.

Por otro lado, el blanqueamiento dental es una opción terapéutica para mejorar la estética dental, pero debe realizarse con precaución, especialmente en pacientes con sensibilidad dental que muchas veces llega a ser consecuencia de las recesiones, tomando en cuenta lo anterior se estableció que el blanqueamiento dental que llevamos a cabo fuera capaz de proteger a nivel de las raíz y nivel cervical de los dientes que se encontraban aun expuestos por decisión del paciente, a su vez buscamos la efectividad en el tratamiento para lograr una tonalidad uniforme la cual nos será de gran aporte para la elección de color en la siguiente fase del tratamiento.

Tomando en cuenta lo anterior podemos decir que las prótesis fijas individuales en el sector anterior ofrecen soluciones restauradoras y estéticas para dientes comprometidos, pero deben integrarse con otros tratamientos dentales para lograr resultados óptimos, así mismo en las restauraciones unitarias del sector anterior, la selección del material está determinada por la naturaleza del sustrato y el tipo de oclusión.

Es esencial una planificación integral y un enfoque multidisciplinario para tratar a pacientes con recesiones gingivales, especialmente si también se está considerando someter al paciente a tratamientos estéticos como el blanqueamiento dental y tratamientos funcionales como la colocación de prótesis fija. La comunicación efectiva con el paciente y la gestión de sus expectativas son cruciales para el éxito a largo plazo.

## 7. Referencias bibliográficas.

1. María García San Juan C, Darío García Núñez R, Aurelia San Juan Bosch M. Clasificación de las condiciones y enfermedades periodontales y perimplantares desde una perspectiva evolutiva/The new classification of periodontal and perimplant conditions and diseases from an evolutionary perspective. [Internet]. 2021 [cited 2023 Sep 3]. Available from: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5086>
2. Herrera David, Figuero Elena, Shapira Lior, Jin Lijian, Sanz Mariano. La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y perimplantares. SEPA. 2018;11:94–109.
3. Laura A DJF, Frías Velázquez. Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual) Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez” Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, comparación de la nueva clasificación de Miller y Cairo. 2020.
4. Cairo F. Periodontal plastic surgery of gingival recessions at single and multiple teeth. Vol. 75, Periodontology 2000. Blackwell Munksgaard; 2017. p. 296–316.
5. Tatakis DN,, & Trombelli L. Modulation of clinical expression of plaque-induced gingivitis: Effects of personality traits, social support and stress. . J Clin Periodontol. 2020;47(6):662–71.
6. Heasman PA,, & Preshaw PM. Periodontal maintenance in a specialist periodontal clinic and in general dental practice. . J Clin Periodontol. 2020;47(1):58–56.
7. Kinaia BM, Hope K,, & Zuhaili A. Etiology and management of gingival recession: An overview. J Int Acad Periodontol. 2019;21(3):89–96.
8. Tonetti MS, Sanz M. Implementation of the new classification of periodontal diseases: Decision-making algorithms for clinical practice and education. J Clin Periodontol. 2020 Apr 1;47(1):4–10.

9. Nibali L, Koidou V,, Salomone S, & GK. Periodontal infectogenomics: systematic review of associations between host genetic variants and subgingival microbial detection. *J Clin Periodontol.* 2021;48(3):389–407.
10. Bekes K,, & John MT. The patient-specific Dentine Hypersensitivity Experience Questionnaire: a valid and reliable tool for measuring dentine hypersensitivity. *J Clin Periodontol.* 2019;46(6):608–16.
11. Pini-Prato, G. MC, & Chambrone L. Coronally advanced flap for the treatment of buccal gingival recessions with and without the adjunct of a connective tissue graft or a xenogeneic collagen matrix: A systematic review and meta-analysis. *J Periodontal Res.* 2020;55(1):1–13.
12. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018 Jun 1;89: S74–84.
13. Zucchelli G, & DSM. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. 2000.
14. Revisión A DE, Enrique Tafur Villa M, Teresa Castro-Ruiz C, Mendoza Azpur G. Órgano Oficial de la Sociedad Cubana de Ciencias Estomatológicas Factores asociados al recubrimiento total de recesiones gingivales clases I y II de Miller Factors associated to complete coverage of Miller class I and II gingival recessions [Internet]. 2021. Available from: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3154>
15. Zucchelli G,, & Mounssif I. Periodontal plastic surgery. *Periodontol* 2000. 2020;79(1):207–27.
16. Zucchelli G,, Marzadori M, & MI. Root coverage procedures improve patient aesthetics. A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *Journal of Clinical Periodontology.* 2021;48(2):289–307.
17. Kwon SR, Wertz PW. Review of the mechanism of tooth whitening. Vol. 27, *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry.* 2015. p. 240–57.

18. Li Y, Greenwall L. &, Wei SH. Safety issues of tooth whitening using peroxide-based materials. *Br Dent J.* 2020;229(1):29–34.
19. Alqahtani MQ. Tooth-bleaching procedures and their controversial effects: A literature review. *Saudi Dent J.* 2019;31(4):465–84.
20. Carey CM. Tooth whitening: what we now know. *Journal of Evidence Based Dental Practice.* 2019;14:70–6.
21. Gurgan S, BS, & AR. Eighteen-month clinical evaluation of a bleaching agent with or without potassium nitrate: a randomized clinical trial. *J Dent.* 2020;97:103–348.
22. Pjetursson BE, Valente NA, Strasding M, Zwahlen M, Liu S, Sailer I. A systematic review of the survival and complication rates of zirconia-ceramic and metal-ceramic single crowns. Vol. 29, *Clinical Oral Implants Research.* Blackwell Munksgaard; 2018. p. 199–214.
23. Gresnigt MMM, Cune MS, Jansen K, van der Made SAM, Özcan M. Randomized clinical trial on indirect resin composite and ceramic laminate veneers: Up to 10-year findings. *J Dent.* 2019 Jul 1;86:102–9.
24. Bersezio C, Zambrano G, Chaple Gil AM, Estay J, Fernández E, Bersezio C, et al. *Revista cubana de estomatología.* [Internet]. Vol. 57, *Revista Cubana de Estomatología.* Editorial Ciencias Médicas; 2020 [cited 2023 Sep 14]. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072020000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072020000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
25. Kassab M, M. &, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *Journal of the American Dental Association,*. 2003;220–5.
26. Maylén D, Guerra R, Tatiana D, Ruiz P. Cubrimiento radicular con injerto de tejido conectivo y emdogain en recesión pe-riodontal. Presentación de un caso. 2022.
27. Delgado Mendoza MS, Estolano Yanagui E, Fontes Garcia Z, Bojorquez Anaya Y. Cobertura radicular con colgajo semilunar de reposicionamiento coronal en recesión gingival clase I de Miller. *Revista Mexicana de Periodontología.* 2020;11(1–3):16–21.

28. Cruz Morales R, Caballero López D. Injerto de tejido conectivo subepitelial y colgajo reposicionado coronal modificado para tratamiento de recesiones periodontales. *Rev Cubana Estomatol.* 2019;56(4):1–12.
29. Lorenzo Vignau R, Oteo Pérez A, Rodrigo Gómez D, Morante Mudarra S, Vignolleti M. Injerto-De-Tejido-Conectivo-Para-Recubrimiento-Radicular. *Gaceta Dental* 243. 2013;
30. Del Valle Montes M, Jaramillo Reyes S. ROOT COVERING TECHNIQUES IN CAIRO TYPE I GINGIVAL RECESSIONS. Facultad de odontología ; 2020.
31. Zucchelli G, & DSM. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. *Journal of Periodontology,*. 2000;1506–14.
32. Harris RJ. A comparison of two techniques for obtaining a connective tissue graft from the palate. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry,*. 1998;18(4).
33. Aroca S, KT, ND, Gera I, NK,, Azzi R, & ED. Treatment of class III multiple gingival recessions: a randomized-clinical trial. *Journal of Clinical Periodontology,*. 2013;564–71.
34. Jankovic S, AZ, Klokkevold P, LV, Dimitrijevic B, KEB,, & Camargo P. Use of platelet-rich fibrin membrane following treatment of gingival recession: a randomized clinical trial. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry,*. 2012;
35. Chambrone L, Chambrone, D. & Lima LA. Effects of tobacco smoking on the survival rate of root-coverage procedures: a systematic review. *Journal of dental research,*. 2009;88(10):881–91.
36. Marquez IC. The role of genetics in periodontal disease. *Dental clinics of North America,*. 2004;1081–4.
37. Bouchard P, Malet J, Borghetti A. Decision-making in aesthetics: root coverage revisited. *Periodontology.* 2000; 27:97–120.

## 8. Anexos.

	<b>UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI</b>	<b>LICENCIATURA DE CIRUJANO DENTISTA HISTORIA CLÍNICA</b>
<b>FECHA:</b> <u>21</u> / <u>01</u> / <u>2022</u> <small>Día Mes Año</small>	<b>EXPEDIENTE N°:</b> <u>13589</u> / <u>04</u> / <u>Matutino</u> <small>Número Clínica Turno</small>	

### 1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre del paciente: <u>Grosby Benítez María de Lourdes Alicia</u> Edad: <u>54 años</u> Género: <u>F</u>					
<small>Apellido paterno</small>		<small>Apellido materno</small>		<small>Nombre (S)</small>	<small>Años</small>
Domicilio: <u>Domicilio conocido San Jacinto la Cabeza s/n c/c 50740 Ixtlahuaca</u>					
<small>Calle</small>		<small>N°</small>	<small>Colonia</small>	<small>Código postal</small>	<small>Delegación o Estado</small>
Teléfono: <u>7221720434</u> Estado civil: <u>casada</u> Ocupación actual: <u>Administrativo</u>					
<small>De domicilio</small>		<small>Soltero, casada, viudo, etc.</small>		<small>Ama de casa, empleado, obrero</small>	
Escolaridad: <u>Docorada en educación</u> Lugar de nacimiento: <u>San Juan del Río</u> Interrogatorio: <u>Directo</u>					
<small>Especificar grado escolar</small>			<small>Entidad federativa o País</small>		<small>Directo o Indirecto</small>

REMITIDO POR: Larisa Garduño Carmona / Halcy Calixto Segundo  
 MOTIVO DE LA CONSULTA: Paciente refiere "Dolor en mi muela de abajo y restauracion completa"

### PADECIMIENTO ACTUAL

<p>Deberá anotarse en este inciso el motivo de la consulta por la cual asiste el paciente. Señalar la fecha de inicio y después hacer la descripción de cada síntoma en orden cronológico; duración, intensidad, periodicidad, localización, radiación, relación con alimentos, movimientos, factores que lo calman y lo aumentan. Estudios realizados, diagnósticos anteriores, terapéutica empleada y respuesta a la misma.</p>	<p>La paciente solicita atención odontológica porque refiere presentar "dolor en la muela de abajo y una restauración completa" refiere que le gustaría le cubran las restauración que presenta en algunos órganos dentarios y que se le cambien las restauraciones que tiene de canino a canino superior.</p>
---	--

### 2. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

<p><b>HABITACIÓN:</b> Número de habitaciones, tipo de construcción, iluminación, ventilación, agua potable, drenaje, número de ocupantes.</p> <p><b>ALIMENTACIÓN:</b> Número de comidas al día, cantidad de líquidos ingeridos (tipo), frecuencia con que come: leche, carne, huevos, frutas, leguminosas, verduras, cereales, alimentos entre comidas (tipo).</p> <p>Niños: alimentación al pecho materno u otra leche (tiempo, tipo), ablactación.</p> <p><b>HIGIENE:</b> Baño general, cambio de ropa, lavado de manos, aseo bucal (técnica de cepillado, enjuagues, hilo dental).</p> <p><b>INMUNIZACIONES:</b> Poliomelitis, tuberculosis, DPT, triple viral, sarampión, hepatitis B, otras.</p> <p><b>DEPORTES:</b> Especificar la actividad, frecuencia, tiempo de práctica.</p>	<p>Paciente refiere que cuenta con 4 habitaciones, tipo de construcción es de loza y paredes con block es de una sola planta, cuenta con los servicios de iluminación, ventilación, agua potable y drenaje, el número de ocupantes es de 4 personas.</p> <p>Paciente refiere que cuenta con comidas al día (desayuno, comida, 2 colaciones y 1 merienda) frecuentemente consume 1 1/2 lts de agua, 1 taza de café 5 días a la semana, refiere que frecuentemente consume colación de fruta y gelatina, con poca frecuencia consume cereales, huevos, leguminosas y leche.</p> <p>Paciente refiere realizar baño general diario, cambio de ropa diario, refiere realizar lavado de manos diario y frecuentemente, refiere aseo bucal diario entre comidas con técnica de Bass, refiere utilizar enjuague bucal (Benadantina) y uso de hilo dental</p> <p>Paciente refiere que cuenta con esquema de vacunación completo.</p> <p>Paciente refiere realizarumba de 2-3 veces por semana.</p>
---	---



# UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ixtlahuaca México a 21 de febrero de 20 22.

El (La) que suscribe (nombre del paciente, padre, tutor o representante legal):

Maria de Lourdes Alicia Godoy Benitez

Por medio del presente, declaro y manifiesto, que en el pleno uso de mis facultades mentales, libre, responsable y sin coacción, autorizo a él (la) estudiante de la Licenciatura de Cirujano Dentista, cuyo nombre y firma aparecerá al calce, lo siguiente.

1. He sido informado(a) de manera clara y completa y comprendo la necesidad de ser atendido(a).
2. He sido informado(a) de las alternativas posibles del (de los) tratamiento(s) preventivo(s) y/o restaurativo(s) que requiero.
3. Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento odontológico, incluyendo los estudios de gabinete y radiográficos, interconsultas con cualquier servicio médico y en general, cualquier método que sea propuesto con orden a las consecuencias de los fines proyectados, así como, conocer el estado general de mi salud.
4. Comprendo la necesidad de realizar, si es preciso tratamientos de carácter médico odontológico, como procedimientos quirúrgicos, incluyendo el uso de anestesia local, siempre que sea necesario y bajo el criterio del especialista.
5. Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos médico-odontológicos o quirúrgicos, y que en mi caso, la duración de estos fenómenos, no están determinados, pudiendo ser irreversible.
6. Comprendo también, que la Medicina Odontológica no es una ciencia exacta de los tratamientos.
7. Además de esta información que he recibido, seré informado(a) en cada momento y a mi requerimiento de la evolución de mi proceso, de manera verbal y/o escrita si fuera necesario y a criterio del especialista.
8. Si surgiera cualquier complicación inesperada durante el tratamiento o intervención, autorizo al estudiante a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta a las proyectadas o usuales, que a su juicio estime oportuna y conveniente para la resolución de la complicación que surgiese.
9. Me ha sido explicado que para la realización del (de los) tratamiento(s), es imprescindible mi colaboración, con higiene oral escrupulosa y con visitas periódicas programadas para mi control clínico y radiográfico, siendo así, que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados.
10. Doy mi consentimiento a él (la) estudiante por ende al equipo de especialistas de la clínica, para realizar el tratamiento pertinente ya que es por mi interés y beneficio. Firmo por tanto, libre y voluntariamente liberando a la UICUI. AC, de cualquier responsabilidad del (de los) tratamiento(s).

Maly Palixto S. / Lucisa Godoy P.  
Nombre y Firma del Estudiante  
de Cirujano Dentista

Maria de Lourdes A. Godoy B.  
Nombre y Firma del Paciente, Padre,  
Tutor o Representante legal

ANCAPICASLI  
Nombre y Firma del Profesor  
que autoriza el (los) Tratamientos