



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES
UNIDAD LEÓN**

**TRATAMIENTO DE SONRISA GINGIVAL POR
ERUPCIÓN PASIVA ALTERADA: REPORTE DE UN
CASO CLÍNICO**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ODONTOLOGÍA**

PRESENTA:

JAVIER ZAVALA VARGAS

TUTOR: MTRA. GABRIELA VILAR PINEDA

ASESORES: ESP. ÉRIKA DÍAZ DE LEÓN TORRES

ESP. GABRIELA HERNÁNDEZ GÓMEZ



**ENESUNAM
UNIDAD LEÓN**

LEÓN, GTO. 2016



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.

Dedicatorias

A la memoria de mi mamá y de mi abuelita Esther.

A mi papá por su apoyo incondicional, exigencia y amor.

Agradecimientos

A la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

Esp. Erika Díaz de León, Esp. Gabriela Hernández, Mtra. Gabriela Vilar.

Índice

Resumen.....	1
Introducción	2
CAPÍTULO 1	4
1.1 Antecedentes.....	4
Marco teórico.....	5
1.2 Sonrisa gingival.....	5
1.2.1 Definición	5
1.2.2 Línea de la sonrisa	5
1.2.3 Prevalencia.....	7
1.2.4 Etiología	8
1.3 Análisis dental y gingival.....	15
1.3.1 Proporción dental	15
1.3.2 Encía libre	16
1.3.3 Encía insertada	17
1.3.4 Encía interdental.....	17
1.3.5 Espesor biológico	18
1.3.6 Biotipos periodontales	20
1.4 Arquitectura gingival	22
1.4.1 Componentes gingivales	22
1.4.2 Contorno	24
1.4.4 Papilas interdentes.....	25
1.5 Cirugía plástica periodontal.....	27
1.5.1 Gingivectomía	27
1.5.2 Gingivoplastia	29
1.5.3 Ostectomía	30

1.5.4 Osteoplastía	31
1.5.5 Colgajo reubicado apicalmente	31
1.5.6 Reposicionamiento de labio.....	33
CAPÍTULO 2	36
2.1 Objetivo general	36
2.2 Objetivos específicos	36
CAPÍTULO 3	37
3.1 Reporte del caso.....	37
3.2 Implicaciones éticas	48
CAPÍTULO 4	49
4.1 Resultados	49
4.2 Discusión.....	51
Conclusiones.....	53
Bibliografía.....	54
Anexos	57

Resumen

INTRODUCCIÓN: Una sonrisa puede ser considerada agradable cuando los dientes superiores están completamente expuestos, y aproximadamente 1 mm de tejido gingival es visible, sin embargo algunas condiciones fisiológicas y/o patológicas (hiperplasia gingival, línea de la sonrisa alta, crecimiento vertical excesivo del maxilar, erupción pasiva alterada, entre otras) provocan la exposición excesiva de la encía lo cual ocasiona un aspecto antiestético. El término 'sonrisa gingival' fue descrito por Allen en 1988 como la sobreexposición de la encía maxilar durante una sonrisa donde se muestra más de 4 mm. de tejido gingival por encima de los cenits gingivales de los dientes anterosuperiores. **OBJETIVOS:** Presentar un caso clínico de erupción pasiva alterada tratada con alargamientos de corona estéticos con la finalidad de mejorar la estética. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 21 años de edad que acude a la Clínica Odontológica de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León de la UNAM porque 'no le gustaba su sonrisa'. Se realiza historia clínica, estudios auxiliares de diagnóstico, ortopantomografía, cefalografía con cefalometría, serie radiográfica periapical, fotografías clínicas, llegando a un diagnóstico de hipoplasia maxilar en sentido anteroposterior, con exceso vertical anterior maxilar, clase III molar, compensada con previo tratamiento de ortodoncia, erupción pasiva alterada tipo IB según Coslet en 1977. El plan de tratamiento consistió en alargamientos de corona del segmento anterosuperior y los segundos premolares, con ayuda de una guía quirúrgica, como tratamiento estético. **RESULTADOS:** Se logró reducir la sonrisa gingival, se obtuvieron márgenes gingivales regulares y una longitud adecuada de los dientes tratados mediante los alargamientos de corona estéticos, cumpliendo así con las expectativas deseadas por parte del paciente. **CONCLUSIONES:** La exposición excesiva de encía o sonrisa gingival puede ser resuelta con alargamientos de corona estéticos pero es de gran importancia determinar la causa, ya que un error en esta etapa podría causar resultados insatisfactorios y complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Línea de la sonrisa, erupción dental, espesor biológico, estética dental, cirugía plástica, periodontal.

Introducción

Una sonrisa agradable es considerada un símbolo de la belleza y bienestar dentro de la sociedad moderna.¹ Las expresiones faciales y la sonrisa son componentes clave para la comunicación no verbal. La sonrisa tiene un papel importante en la determinación de la primera impresión de una persona.² La sonrisa puede expresar un sentimiento de alegría, éxito, afecto, cortesía y mostrar confianza y amabilidad.³

Desde un punto de vista fisiológico, una sonrisa es una expresión facial generada al flexionar 17 músculos ubicados alrededor de la boca y los ojos. De acuerdo con la función muscular la sonrisa se hace en dos etapas, en la primera hay contracción del labio superior y del pliegue naso-labial donde actúan el músculo elevador del labio superior, el músculo zigomático mayor y algunas fibras superiores del buccinador. En la segunda etapa o etapa final hay una contracción de la musculatura peri-ocular para soportar la máxima elevación del labio superior generando ojos entrecerrados.⁴

La armonía de la sonrisa está determinada no sólo por la forma, la posición y el color de los dientes, sino también por los tejidos gingivales.⁵ Una sonrisa estética o agradable se compone de 3 elementos primarios: los dientes, la estructura labial y gingival.² La visibilidad del periodonto depende de la posición de la línea de la sonrisa, que se define como la relación entre el labio superior y la visibilidad del tejido gingival y los dientes. El nivel de sonrisa es una línea imaginaria que sigue el margen inferior del labio superior y por lo general tiene un aspecto convexo.³

Una estética ideal y una sonrisa agradable presentan las siguientes características:

1. Mínima exposición gingival.
2. Exposición simétrica y armoniosa entre la línea de la encía maxilar y el labio superior.
3. Relleno de tejido gingival sano en los espacios interproximales.
4. Armonía entre los segmentos anterior y posterior (principio de gradación).
5. Anatomía y proporción dental correcta (forma y posición).
6. Color apropiado de los dientes.
7. Labio inferior paralelo a los bordes incisales de los dientes anteriores superiores y a la línea imaginaria que va a través de los puntos de contacto de estos dientes.²

La estética se ha vuelto cada vez más importante en la práctica de la odontología restauradora moderna y es sinónimo de una apariencia armoniosa natural. A menudo, la demanda estética

motiva al paciente a buscar tratamiento dental. Sin embargo, la belleza no es absoluta y es muy subjetiva. Eso a menudo, está dictado por factores culturales o étnicos y preferencias individuales.⁶

La odontología es, sin duda, la profesión de la salud que se ocupa de mejorar la mayoría de las sonrisas. Sin embargo, los odontólogos suelen pasar por alto las consideraciones clave, precisamente, en su planificación en cuanto a los patrones de la sonrisa.³

En este trabajo se presenta un caso clínico de sonrisa gingival asociado a erupción pasiva alterada, el cual fue resuelto de manera satisfactoria mediante alargamientos de corona estéticos del segmento anterosuperior y los segundos premolares.

CAPÍTULO 1

1.1 Antecedentes

En 1979 Lintton y Fournier⁷ desarrollaron una técnica simple para corregir la sonrisa gingival que consistía en la resección de la mucosa del labio superior en forma de elipse, aproximando y suturando los bordes. Sin embargo, los resultados fueron poco satisfactorios y todos los pacientes tratados con este procedimiento requirieron una segunda operación que consistió en una miomectomía y una nueva resección de la mucosa del labio superior.⁷

El tratamiento clásico incluía la manipulación quirúrgica del labio superior; sin embargo dejaba como secuela un labio corto que en ocasiones incrementaba la sonrisa gingival. Estos procedimientos estaban dirigidos a corregir la patología existente empleando técnicas laboriosas que dejaban cicatrices visibles y, muchas veces, un nuevo problema que resolver en el aspecto estético.⁸

Kawamoto⁹ en 1982, propuso una ostectomía tipo Lefort I del maxilar superior para los pacientes con síndrome de cara larga, con la que se corrige la altura vertical de la cara y consecuentemente, la sonrisa gingival. Un año más tarde, Miskinyar¹⁰ describió un procedimiento en el que se incidía de manera transversal en el fondo del saco gíngivo-labial, se localizaba el músculo elevador del labio superior y se seccionaba por debajo de su inserción ósea, evitando la tracción que se ejercía sobre el labio superior. Se consideraba que dicha operación alteraba de manera notable el movimiento del labio superior y la expresión facial.¹⁰

Hoy en día, los alargamientos de corona estéticos y el reposicionamiento de labio son las técnicas indicadas para el tratamiento de aquellos pacientes en los que la sonrisa gingival deriva principalmente de la alteración de los tejidos blandos, de factores dentales y pacientes con alteración esquelética de grado leve que no están interesados en corregir el problema esquelético de fondo, ofreciendo resultados exitosos y satisfactorios por parte de los pacientes.¹¹

Marco teórico

1.2 Sonrisa gingival

1.2.1 Definición

Una sonrisa puede ser considerada agradable cuando los dientes superiores están completamente expuestos, y aproximadamente 1 mm de tejido gingival es visible. Sin embargo, una exposición de las encías no superior a 2-3 mm también se considera agradable, mientras que una exposición excesiva (> 3 mm) generalmente se considera poco atractiva por muchos pacientes, de acuerdo con Allen¹² en 1988.

Algunas condiciones fisiológicas y/o patológicas (hiperplasia gingival, línea de la sonrisa alta, crecimiento vertical excesivo del maxilar, erupción pasiva alterada, entre otras) provocan la exposición excesiva de la encía lo cual ocasiona un aspecto antiestético. Esta alteración repercute de manera negativa en la apariencia del individuo ya que altera la espontaneidad de la expresión facial.¹³

La exposición gingival excesiva es una condición caracterizada por una exhibición muy marcada de tejido gingival del maxilar durante una sonrisa, comúnmente llamada "sonrisa gingival".¹⁴

El término 'sonrisa gingival' fue descrito por Allen en 1988¹² como la sobreexposición de la encía maxilar durante una sonrisa donde se muestra más de 4 mm de tejido gingival por encima de los cenits gingivales de los dientes anterosuperiores.¹⁵ En los casos graves, la exposición excesiva también se observa en el reposo de la boca y los labios.²

1.2.2 Línea de la sonrisa

La línea de la sonrisa permite evaluar la exposición dental y gingival en el área del sextante anterosuperior durante la sonrisa.¹⁶ Esta línea está determinada por la posición de los labios.⁴

Peck⁴, en 1992, encontró que esta línea es 1.5 mm más alta en las mujeres que en los hombres, por lo que la exposición gingival es una característica frecuente en los pacientes femeninos.

Tjan y cols.⁶ identificaron 3 tipos sonrisa: baja, media y alta.

1.2.2.1 Línea de la sonrisa baja

La movilidad del labio superior expone los dientes anteriores en no más del 75% (Fig. 1).



Fig. 1. Línea de la sonrisa baja.¹⁶

1.2.2.2 Línea de la sonrisa media

El movimiento labial es adecuado y permite mostrar del 75% al 100% de los dientes anteriores, así como la encía interproximal (Fig. 2).



Fig. 2. Línea de la sonrisa media.¹⁶

1.2.2.3 Línea de la sonrisa alta

La movilidad del labio permite observarse toda la longitud cervico-incisal de los dientes anteriores y una banda de encía variable^{4,6,16} (Fig. 3).



Fig. 3. Línea de la sonrisa alta.¹⁶

1.2.3 Prevalencia

Junto con las recesiones gingivales, la exposición gingival excesiva durante la sonrisa es una condición frecuente que altera la estética de la sonrisa.¹ La sonrisa gingival es una de las varias deformidades y condiciones de desarrollo o adquiridas que se manifiestan en el periodonto.⁵

En 1981, Watson y Crispin¹⁷ realizaron un estudio en 396 pacientes donde observaron que el 50% de los pacientes mostraban una cierta cantidad de encía por encima de los incisivos centrales superiores al sonreír.

En un estudio realizado en 1984 donde se examinaron 454 individuos, Tjan y cols.⁶ encontraron que el 20.5% de los sujetos examinados mostraban una línea de la sonrisa baja, el 69% presentaban una línea de la sonrisa media y únicamente el 10.5% exhibían una línea de la sonrisa alta. En ese mismo estudio, estos autores⁶ encontraron que la línea de la sonrisa baja era predominante en los pacientes masculinos (2.5:1), mientras que la línea de la sonrisa alta era más frecuente en los pacientes femeninos (2:1). Ellos concluyeron que los pacientes femeninos era el género más afectado (14%) comparado con los pacientes masculinos (7%).⁶ Este hecho fue

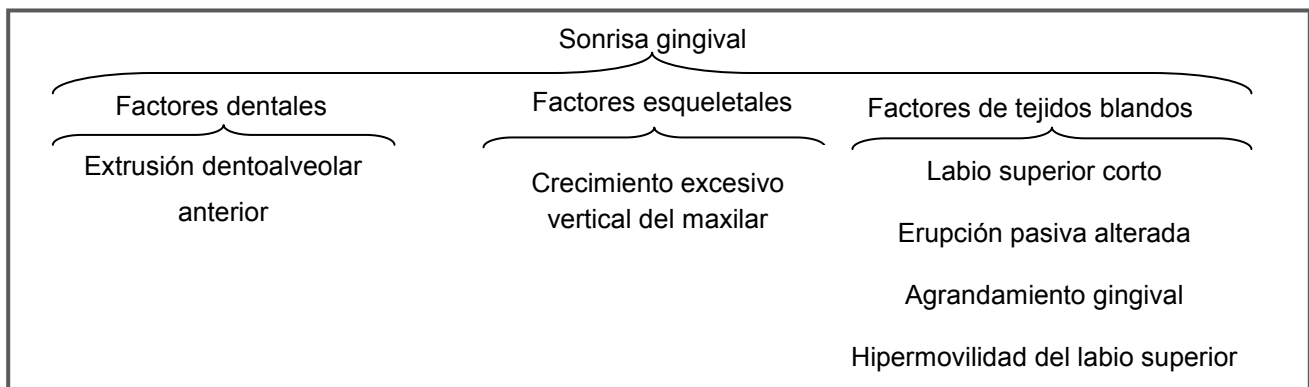
confirmado por Peck y cols.⁴ donde en una muestra de 88 pacientes, el 26% presentaban una sonrisa gingival, de los cuales 8 eran hombres y 15 eran mujeres.

En el 2002, se realizó otro estudio relacionado con la cantidad de tejido gingival que se mostraba al sonreír pero ahora enfocado en las razas donde había una mayor prevalencia de esta condición. Owens y cols.¹⁸ examinaron 253 pacientes (44 afroamericanos, 42 caucásicos, 40 chinos, 40 hispanos, 44 japoneses y 43 coreanos) y encontraron que los sujetos afroamericanos eran los que exhibían una mayor cantidad de tejido gingival (81%), mientras que los participantes japoneses eran los de menor prevalencia 50%. Otro hallazgo interesante, fue que en todas las razas los pacientes femeninos tendían a mostrar más tejido gingival que sus homólogos masculinos pero con diferencias de género significativas entre los caucásicos, chinos, hispanos y coreanos.¹⁸

El rango de edad que más asocia con esta alteración está entre los 20 y 30 años de edad, sin embargo, la incidencia de esta condición disminuye gradualmente con la edad como consecuencia de la pérdida de tonicidad muscular de los labios superior e inferior, que a su vez conduce a una disminución en la exposición de los dientes anterosuperiores y un aumento en la exposición de los dientes anteroinferiores.^{2,6}

1.2.4 Etiología

La etiología de la sonrisa gingival es multifactorial y puede ser ocasionada por factores dentales, esqueléticos y/o de tejidos blandos^{19,20} (Esquema 1).



Esquema 1. Etiología de la sonrisa gingival.^{19,20}

1.2.4.1 Extrusión dentoalveolar anterior

La extrusión de los dientes anterosuperiores junto con su complejo dentogingival conduce a una posición más coronal de los márgenes gingivales y una exposición gingival excesiva. Esta condición puede estar asociada con el desgaste de los dientes en la región anterior (extrusión incisiva compensatoria) o con una mordida profunda anterior. En los casos de mordida profunda, por lo general hay una discrepancia en el plano oclusal entre el segmento anterior y los segmentos posteriores² (Fig. 4).



Fig. 4. Paciente con mordida profunda anterior. Fuente propia

1.2.4.2 Crecimiento excesivo vertical del maxilar

La altura facial es examinada mediante la división en tercios: el tercio superior; es el área entre el nacimiento del pelo y la línea del ophriac, el tercio medio; que va de la línea del ophriac a la línea interalar y el tercio inferior; que se extiende desde la línea interalar al extremo de la barbilla (Fig. 5). Estas tres áreas faciales a menudo varían de tamaño de un individuo a otro, pero esa no es necesariamente la causa de ninguna gran disonancia.¹⁶

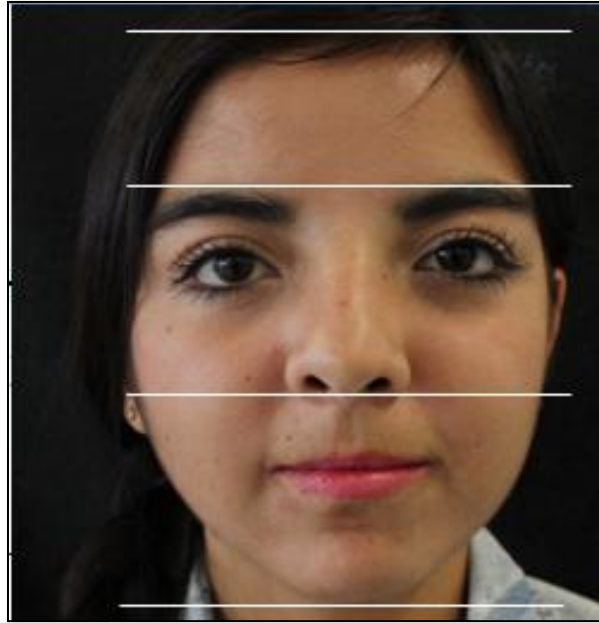


Fig. 5. División de la cara en tercios. ^{fuente propia}

Desde el punto de vista dental, el tercio inferior de la cara representa indudablemente el área que recibe la mayor atención debido a la presencia de los labios y de los dientes. Lo ideal, es que el tercio superior de este espacio sea ocupado por el labio superior, y los dos tercios inferiores sean ocupados por el labio inferior y el mentón.¹⁶

El exceso vertical del maxilar se debe a una hipertrofia vertical de la base del hueso maxilar. Se diagnostica en base con las proporciones faciales y radiografías de cráneo, cuando la sección media de la cara, es decir, el suelo nasal, es más largo que los otros dos: el piso frontal y el piso maxilar.¹⁴

Estos pacientes presentan una armonía del plano oclusal anterior y los segmentos posteriores. Debido a que el plano oclusal es relativamente más bajo de lo normal, el labio inferior cubre los bordes incisales de los caninos y premolares maxilares (Fig. 6). Esta alteración debe diagnosticarse mediante una radiografía cefalométrica.²



Fig. 6. Crecimiento excesivo vertical del maxilar grado I.¹⁹

En 1996, Garber y Salama²¹ propusieron una clasificación basada en la exposición gingival al sonreír, la cual dividieron en grados y le asignaron sus correspondientes modalidades de tratamiento (Tabla 1).

Grado	Exposición gingival (mm)	Modalidades de tratamiento
I	2-4	Intrusión ortodóncica Ortodoncia y periodoncia Terapia periodontal y restauradora
II	4-8	Terapia periodontal y restauradora Cirugía ortognática
III	≥ 8	Cirugía ortognática con o sin terapia periodontal y restauradora

Tabla 1. Clasificación del crecimiento excesivo vertical del maxilar con sus diferentes modalidades de tratamiento.²¹

1.2.4.3 Labio superior corto

La sonrisa gingival puede ser causada por la presencia de un labio superior corto. La longitud del labio superior se mide desde el punto subnasal hasta el borde inferior del labio superior²² (Fig. 7).

La longitud promedio del labio superior es de 20 a 22 mm en las mujeres jóvenes y de 22 a 24 mm en los hombres jóvenes, esto de acuerdo con Peck y cols.²³ en un estudio realizado en 1992,

donde midieron el labio superior en un grupo de 88 pacientes. Similarmente, un análisis cefalométrico de tejidos blandos realizado a 40 pacientes en el 2012 por Prabu y cols.²⁴ arrojó mediciones similares a las mencionadas anteriormente; 20.02 mm en las mujeres y 23.4 mm en los hombres.



Fig. 7. La longitud del labio superior se mide desde el punto subnasal hasta el borde inferior del labio superior.²²

1.2.4.4 Hipermovilidad del labio superior

La hipermovilidad del labio superior es causada por una hiperfunción de los músculos elevadores del labio.²² De acuerdo con Garber y Salama²¹ en 1996, el desplazamiento normal del labio superior durante una sonrisa es de 6 a 8 mm y aumenta de 1.5 a 2 veces en los casos de hipermovilidad del labio superior. En estos casos, cuando un paciente sonríe, el labio superior se mueve apicalmente, exponiendo una gran cantidad de encía, lo cual no se considera estético.²⁰

1.2.4.5 Erupción pasiva alterada

La erupción del diente comprende dos fases: una fase de erupción activa, que ocurre cuando el diente se alarga a través de la amelogénesis, dentinogénesis, cementogénesis, y la actividad osteoclástica elimina el hueso en una trayectoria predeterminada genéticamente permitiendo que el diente entre en la cavidad oral y una fase de erupción pasiva, que implica la migración apical de los tejidos blandos que cubren la corona del diente.^{25,26}

De acuerdo con Orban y Kholer²⁷ en 1924, la erupción pasiva se ha dividido en cuatro etapas de acuerdo con la ubicación de la unión dentogingival con respecto a la línea amelocementaria:

1. La unión dentogingival se encuentra en el esmalte.
2. La unión dentogingival se encuentra en el esmalte y también en la superficie del cemento radicular.
3. La unión dentogingival está completamente situada en el cemento.
4. Tanto la adherencia epitelial como el margen gingival se localizan apicalmente a la línea amelocementaria.²⁷

Cuando la erupción pasiva no progresa de la fase 1 o 2, se denomina erupción pasiva alterada. En esta situación, el margen gingival no migra hasta su posición final en la superficie del cemento. En lugar de ello, sigue posicionado en o cerca de la superficie del esmalte.¹⁵ Goldman y Cohen²⁸ en 1969 definieron la erupción pasiva alterada (EPA) como la situación en que "el margen gingival en el adulto es situado incisal a la convexidad cervical de la corona y alejado de la unión cemento-esmalte del diente".

En 1977, Coslet y cols.²⁹ clasificaron morfológicamente la erupción pasiva alterada en dos tipos de acuerdo con la ubicación de la unión mucogingival con respecto a la cresta ósea y contemplando dos subtipos en referencia a la posición de la cresta ósea con respecto a la línea amelocementaria.

- *Tipo 1:* La dimensión de la encía queratinizada es considerable y la unión mucogingival se encuentra apicalmente a la cresta ósea.
- *Tipo 2:* La banda de encía queratinizada es estrecha y la unión mucogingival coincide en el nivel de la línea amelocementaria. Ambos tipos se clasifican a su vez en subtipos A y B.
 - *Subtipo A:* La distancia entre la línea amelocementaria y la cresta ósea es de 1.5 a 2 mm (que permite una dimensión normal de unión del tejido conectivo en el cemento de la raíz).
 - *Subtipo B:* La cresta ósea se encuentra muy cerca de, o incluso en el mismo nivel que la línea amelocementaria²⁶ (Fig.8).

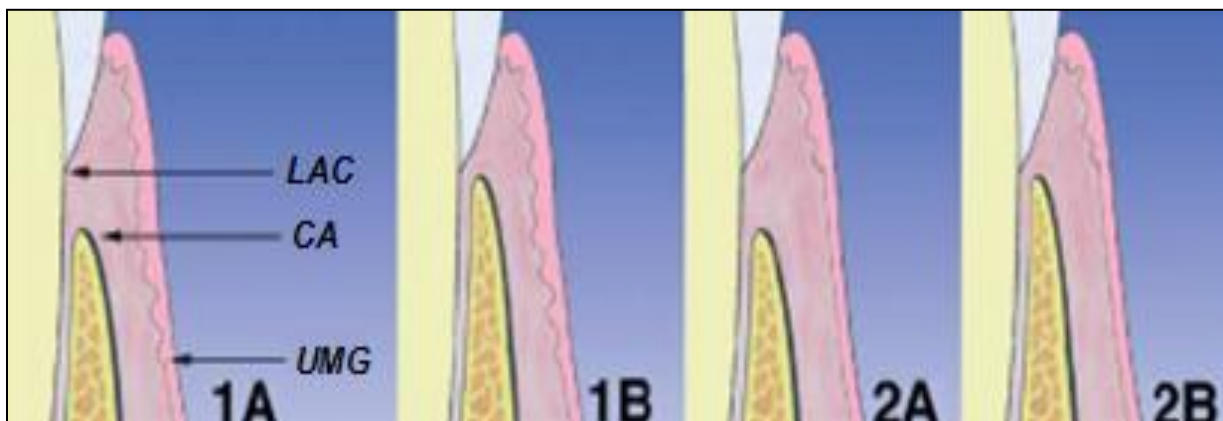


Fig. 8. Clasificación morfológica de la erupción pasiva altera (EPA) de acuerdo con Coslet²⁹ (LAC=Línea amelocementaria, CA=Cresta alveolar, UMG=Unión mucogingival).

1.2.4.6 Agrandamiento gingival

El agrandamiento gingival puede ser causado por la inflamación crónica inducida por la placa dentobacteriana y medicamento tales como las ciclosporinas, los bloqueadores de los canales de calcio y la fenitoína. Factores como la edad, las variables demográficas, la predisposición genética, la higiene oral, las variables farmacocinéticas y los cambios moleculares y celulares pueden influir en el proceso del agrandamiento gingival.¹⁹

Los cambios hormonales vistos en el embarazo y la pubertad así como el uso de anticonceptivos orales han sido asociados al agrandamiento gingival. Otros factores locales retentivos de placa dentobacteriana, por ejemplo, aparatos ortodóncicos, pueden ser responsables de agrandamiento gingival localizado o generalizado. La fibromatosis gingival hereditaria, una condición gingival rara, presenta agrandamiento de la encía, ya sea localizada o generalizada¹⁹ (Fig. 9).



Fig. 9. Un caso de fibromatosis gingival hereditaria con las coronas clínicas totalmente cubiertas por encía.¹⁹

1.3 Análisis dental y gingival

1.3.1 Proporción dental

La forma dental, la dimensión dental y la proporción dental representan áreas prioritarias que hay que considerar para obtener un resultado estético satisfactorio. La evaluación de cada diente debe ser completada con el análisis de dicho sextante anterosuperior como un todo.¹⁶

Las dimensiones verticales y/o horizontales de la corona anatómica de los dientes de la dentición permanente en humanos se pueden encontrar en varios estudios, sin embargo, esta información es muy limitada.³⁰

En 1999, Sterrett y cols.³⁰ realizaron un estudio en 71 pacientes caucásicos donde midieron la altura y la anchura de los dientes anterosuperiores y posteriormente obtuvieron la proporción que existe entre ambas mediciones. Estos autores³⁰ encontraron que la altura y la anchura de las coronas clínicas de los pacientes masculinos eran mayores que en los pacientes femeninos (Tabla 2). La proporción altura/anchura de los dientes anterosuperiores de este estudio se muestra en la Tabla 3.³⁰

Grupo de dientes						
	Central		Lateral		Canino	
Género	Ancho	Alto	Ancho	Alto	Ancho	Alto
Hombre	8.59	10.19	6.59	8.70	7.64	10.06
Mujer	8.06	9.39	6.13	7.79	7.15	8.89

Tabla 2. Resultado de las mediciones promedio de la anchura y altura de los dientes anterosuperiores en hombres y mujeres realizadas por Sterrett³⁰ (cm).

Proporciones de los grupos de dientes			
Género	Central	Lateral	Canino
Hombre	0.85	0.76	0.77
Mujer	0.86	0.79	0.81

Tabla 3. Resultado de las proporciones promedio de la anchura/altura de los dientes anterosuperiores en hombres y mujeres realizadas por Sterrett³⁰ (%).

Un estudio realizado en el 2015 por Sitthiphan y cols.³¹ en una población laosiana a 200 pacientes encontró resultados muy similares a los obtenidos por Sterrett y cols.³⁰ en 1999 en cuanto a las longitudes de anchura y altura de los incisivos centrales superiores y caninos superiores de ambos géneros (Tabla 4), mas no así en los incisivos laterales superiores y en las proporciones que existía entre la anchura y la altura de los dientes anterosuperiores (Tabla 5).

Grupo de dientes						
	Central		Lateral		Canino	
Género	Ancho	Alto	Ancho	Alto	Ancho	Alto
Hombre	8.59	9.64	7.09	8.67	8.18	9.63
Mujer	8.54	9.21	7.10	8.18	7.90	8.87

Tabla 4. Resultado de las mediciones promedio de la anchura y altura de los dientes anterosuperiores en hombres y mujeres realizadas por Sitthiphan³¹ (cm).

Proporciones de los grupos de dientes			
Género	Central	Lateral	Canino
Hombre	0.90	0.82	0.87
Mujer	0.94	0.87	0.90

Tabla 5. Resultado de las proporciones promedio de la anchura/altura de los dientes anterosuperiores en hombres y mujeres realizadas por Sitthiphan³¹ (%).

1.3.2 Encía libre

También conocida como encía marginal, la encía libre es de color rosado coralino, con su superficie opaca y consistencia firme. Comprende el tejido gingival en las caras vestibular y lingual/palatina de los dientes y la encía interdental o papilas interdentes. En las caras vestibular y lingual de los dientes, la encía libre se extiende desde el margen gingival en sentido apical, hasta el surco gingival, ubicado al nivel correspondiente de la línea amelocementaria.³² Está en contacto pero no unido a la superficie del diente y se continúa apicalmente con la encía insertada.³³

El margen gingival libre a menudo es redondeado, de modo que se forma una pequeña invaginación o surco entre el diente y la encía. Cuando se inserta más apicalmente una sonda periodontal en esta invaginación, hacia la línea amelocementaria, el tejido gingival es separado del diente y se abre artificialmente una 'bolsa gingival' o 'surco gingival'.³² Por lo tanto, en la encía normal o clínicamente sana no existe bolsa gingival o surco gingival, sino que la encía se halla en

estrecho contacto con la superficie adamantina, presentando una anchura de aproximadamente 1 mm.^{32,33}

Después de completada la erupción dentaria, el margen gingival libre se ubica sobre la superficie del esmalte, a 1.5-2 mm aproximadamente en sentido coronario desde el nivel de la línea amelocementaria³² (Fig. 10).

1.3.3 Encía insertada

La encía insertada o adherida está delimitada en sentido coronal por el surco gingival o, cuando no está presente ese surco, por un plano horizontal situado a nivel de la línea amelocementaria. La encía insertada se extiende en sentido apical hasta la unión mucogingival, desde donde se continúa con la mucosa alveolar. La encía insertada es de textura firme, de color rosa coralino y a veces presenta pequeñas depresiones en su superficie. Las depresiones, denominadas 'punteado', le dan aspecto de cáscara de naranja. Está adherida firmemente al hueso alveolar subyacente y al cemento por fibras del tejido conectivo y por esa razón es comparativamente inmóvil en relación con el tejido subyacente³² (Fig. 10).

El ancho de la encía insertada en el aspecto vestibular varía en distintas zonas de la boca. Por lo general, es mayor en la región incisiva (3.5 a 4.5 mm en el maxilar y 3.3 a 3.9 mm en la mandíbula) y menor en los segmentos posteriores. El ancho mínimo aparece en el área del primer premolar (1.9 mm en el maxilar y 1.8 mm en la mandíbula). El ancho de la encía insertada aumenta con la edad y en los dientes sobreerupcionados.³⁴

En el aspecto lingual de la mandíbula, la encía insertada termina en la unión con la mucosa alveolar lingual, que es continua con el revestimiento de mucosa del piso de la boca. En el maxilar, la superficie palatina de la encía insertada se combina de manera imperceptible con la mucosa del paladar, igualmente firme y resiliente.³⁴

1.3.4 Encía interdental

Ocupa el espacio interproximal situado apicalmente al área de contacto dental. Consta de dos papilas, una vestibular y otra lingual/palatina y una depresión que conecta ambas papilas adaptándose a la forma del área de contacto interproximal que se denomina 'col'. Los bordes laterales y el vértice de las papilas de las papilas interdentes están formados por una

continuación de la encía libre de los dientes adyacentes. La porción intermedia está compuesta por encía insertada^{33,34} (Fig. 10).

Cuando las caras proximales de las coronas son relativamente planas en sentido vestibulo-lingual y las raíces están muy cerca unas de otras, los nichos gingivales y la encía interdental serán estrechos mesio-distalmente. Por el contrario, cuando las superficies dentarias proximales divergen a partir del área de contacto, el diámetro mesio-distal de la encía interdental será grande. La altura de la encía interdental variará según el lugar del punto de contacto interproximal.³³



Fig. 10. Puntos de referencia anatómicos del periodonto^{Fuente propia}
(EL=Encía libre, EI=Encía insertada, EID=Encía interdental, UMG= Unión mucogingival).

1.3.5 Espesor biológico

Las relaciones histológicas de la unión dentogingival fueron estudiadas por Sicher³⁵ en 1959, el cual describió la unión dentogingival como una unidad funcional compuesta por la inserción del tejido conectivo de la encía y la inserción epitelial. Más adelante, en 1962, Cohen³⁶ denominó la unión dentogingival como espesor biológico y lo definió como el espacio provisto en la superficie de la raíz para la inserción del tejido conectivo y la adherencia epitelial (Fig. 11).

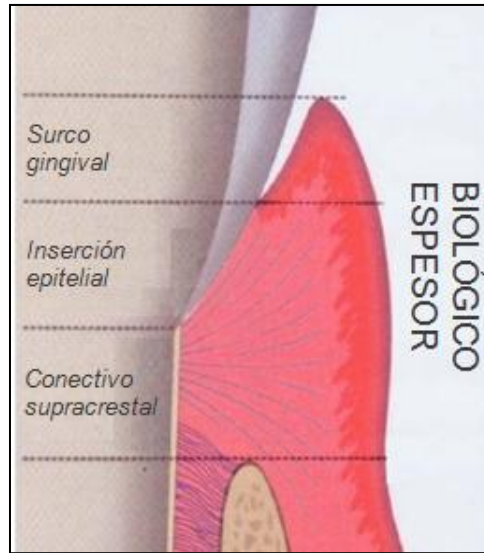


Fig. 11. Elementos del espesor biológico.³⁷

Se ha discutido la necesidad de considerar un área de inserción supracrestal variable que permita alcanzar las inserciones del epitelio y del tejido conectivo.³⁸ Gargiulo y cols³⁹ en 1961, estudiaron las dimensiones de la unión dentogingival en 325 superficies dentarias de 30 cadáveres humanos de edades comprendidas entre los 19 y 50 años, libres de patología periodontal³⁹ (Tabla 6).

Más adelante, en 1994, Vacek y cols³⁸ también estudiaron las dimensiones de los elementos que comprenden el espesor biológico en 171 superficies dentarias de 10 cadáveres humanos de edades que iban entre los 54 y 78 años (Tabla 6). Estos autores³⁸ encontraron que al combinar las dimensiones de la inserción del epitelio y del tejido conectivo de los dientes posteriores estos mostraron un espesor biológico significativamente mayor que el de los dientes anteriores. Cuando los molares y los premolares se analizaron por separado, el espesor biológico de los molares fue significativamente mayor que el de los dientes anteriores, mientras que el espesor biológico de los premolares no fue significativamente diferente al de los molares o de los dientes anteriores³⁸ (Tabla 7).

Mediciones de la unión dentogingival		
	Gargiulo³⁹ (1961)	Vacek³⁸ (1994)
Surco gingival	0.69 (0.0-5.3)	1.32 (0.2-6.0)
Adherencia epitelial	0.97 (0.08-3.7)	1.14 (0.3-3.2)
Inserción conectiva	1.07 (0.0-6.5)	0.77 (0.2-1.8)

Tabla 6. Resultados obtenidos en dos estudios que analizan las dimensiones de la unión dentogingival^{38, 39} (mm).

Unión dentogingival	
Posición en el arco	Mediciones
Anterior	1.75 (0.75-3.29)
Premolar	1.97 (0.78-4.33)
Molar	2.08 (0.84-3.29)

Tabla 7. Resultados obtenidos de las mediciones del espesor biológico (inserción epitelial más inserción del tejido conectivo) para los dientes agrupados por la posición en el arco realizadas por Vacek³⁸ (mm).

1.3.6 Biotipos periodontales

Antes de realizar cualquier tipo de cirugía periodontal o mucogingival, el clínico debe tener presente el biotipo periodontal en el que va a intervenir y tener en cuenta las consideraciones quirúrgicas y postquirúrgicas que de ello se derivan. El biotipo periodontal puede ser fino o grueso.³³

1.3.6.1 Biotipo periodontal fino (Fig.12)

- Margen gingival fino y festoneado.
- Papilas alargadas.
- Mínima cantidad de encía insertada
- Hueso fino y festoneado, caracterizado por la dehiscencia y fenestración ósea.
- Coronas largas, cónicas, con puntos de contacto finos.
- Raíces convexas y prominentes.^{33,40}

1.3.6.2 Biotipo periodontal grueso (Fig. 13)

- Margen gingival grueso y poco festoneado.
- Hueso ancho y poco festoneado.
- Gran cantidad de encía insertada.
- Coronas cortas y cuadradas con superficies de contacto amplias.
- Contornos radiculares aplanados.^{33,40}



Fig. 12. Biotipo periodontal fino. ^{Fuente propia}



Fig. 13. Biotipo periodontal grueso. ^{Fuente propia}

En los pacientes con un biotipo periodontal fino, la pérdida de inserción en las zonas vestibulares se manifiesta principalmente como una recesión, más que como la formación de una bolsa periodontal. Por el contrario, un paciente con un biotipo periodontal grueso tiene un mayor grosor de la cortical vestibular y por lo tanto desarrollará una bolsa periodontal, en lugar de una recesión, mientras se produce la pérdida de inserción.⁴⁰

1.4 Arquitectura gingival

La salud gingival es uno de los primeros objetivos fundamentales durante la planificación del tratamiento dental; sin embargo, también es importante tener en cuenta la morfología y el contorno gingival. Se ha descrito que la arquitectura gingival ideal debe de contar con márgenes gingivales bien adaptados a los dientes, surcos interdentes y papilas interdentes en forma de triángulo, así como un balance entre los niveles gingivales de cada diente.⁴¹

1.4.1 Componentes gingivales

El aspecto del tejido gingival juega un papel importante en el marco estético global, especialmente en pacientes con una línea de la sonrisa alta. De manera ideal, el contorno de los márgenes gingivales debe ser paralelo a la línea incisal y conservar su referencia con las líneas horizontales. Además, se debe ver un diseño festoneado adecuado que se dibuja cervicalmente desde la posición correcta del cenit gingival e interproximalmente desde las papilas interdentes. Este contorno ideal tiende a cambiar en casos donde hay pérdida de soporte periodontal.¹⁶

1.4.1.1 Paralelismo

Idealmente, el contorno del margen gingival lo delinea el nivel cervical de los incisivos centrales y caninos del maxilar que deben ser paralelos al borde incisal y a la curvatura del labio inferior¹⁶ (Fig. 14).

Además, el nivel gingival debe mantener un paralelismo adecuado con el plano oclusal y las líneas de referencia horizontales, llamadas línea comisural y línea interpupilar. La ausencia de paralelismo afectará el balance de la composición dentogingival, con repercusiones negativas en la apariencia estética global.¹⁶

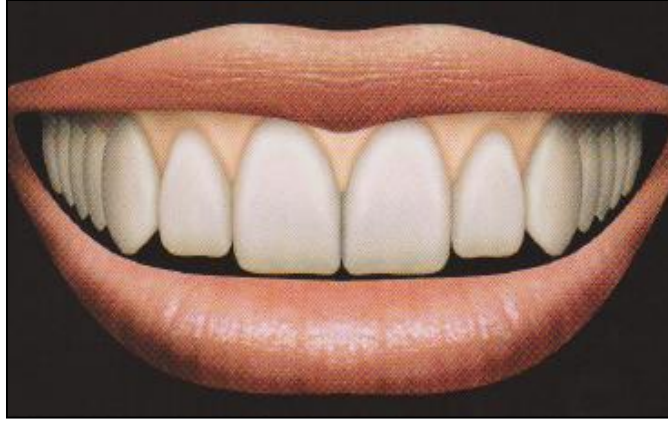


Fig. 14. Paralelismo entre los márgenes gingivales con los bordes incisales y el labio inferior.¹⁶

1.4.1.2 Simetría

Rufenacht⁴² en 1990, sugirió que para una clase I de Angle, los márgenes gingivales de los incisivos centrales y caninos del maxilar deben estar en el mismo nivel y el de los incisivos laterales posicionados 1 mm aproximadamente más coronal⁴¹ (Fig. 15).

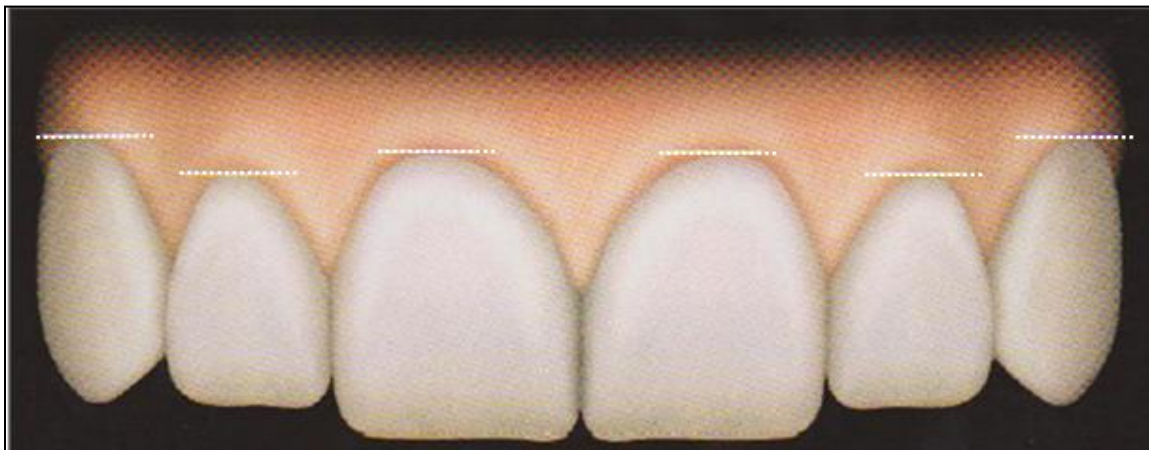


Fig. 15. Posición de los márgenes gingivales de los dientes anterosuperiores.¹⁶

Mientras que para una clase II de Angle, división 2, los márgenes gingivales de los incisivos laterales están localizados más apicalmente comparado con los de los incisivos centrales y caninos, como resultado de la superposición de las caras distales de los incisivos laterales sobre los incisivos vestibulares.⁴²

1.4.2 Contorno

De acuerdo con los criterios de acreditación de la Academia Americana de Odontología Cosmética⁴³, el contorno gingival de los incisivos laterales maxilares debe exhibir una forma semicircular simétrica, a diferencia de los de los incisivos centrales y caninos maxilares los cuales deben exhibir una forma gingival más elíptica⁴⁴ (Fig. 16).



Fig. 16. Forma de los contornos gingivales de los dientes anterosuperiores. Fuente propia

1.4.3 Cenit gingival

Descrito en 1961 por Wheeler⁴⁵ como el punto más apical del contorno gingival, que en los dientes anterosuperiores se localiza distalmente al eje longitudinal del diente (Fig.17).

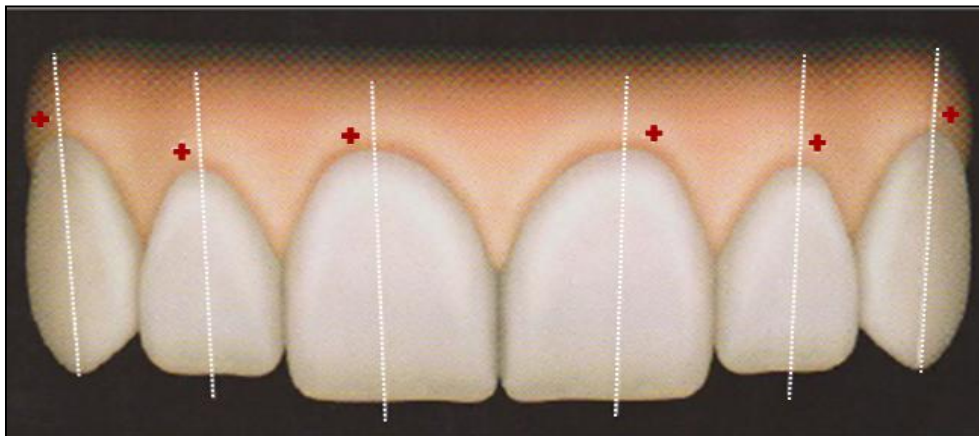


Fig. 17. Posición de los cenits gingivales de acuerdo con Wheeler.¹⁶

Sin embargo esto difiere con un estudio realizado en 20 personas por Chu y cols.⁴¹ en el 2009, donde encontraron que en todos los incisivos centrales superiores, el cenit gingival se localizaba distal al eje longitudinal del diente. Para los incisivos laterales superiores, el 65% de los pacientes examinados mostraron una posición distal del cenit en relación con el eje mayor del diente y solo 1 de los 20 caninos superiores examinados (2.5) mostraron un cenit localizado distalmente⁴¹ (Fig.18).



Fig. 18. Posición de los cenits gingivales de acuerdo con Chu y cols.⁴¹

1.4.4 Papilas interdentes

En un periodonto sano, la papila interdental debe llenar el espacio que está por debajo del punto de contacto de los dientes adyacentes. Después de la enfermedad periodontal, la pérdida de dientes o una pobre odontología restauradora, la papila interdental se puede perder, dando lugar a lo que se conoce como ‘triángulos negros’. La presencia de triángulos negros resultará en la ausencia de armonía gingival y un resultado estético comprometido en general⁴⁴ (Fig. 19).

La presencia de la papila interdental depende principalmente de la existencia de los dientes, el soporte periodontal subyacente y el biotipo periodontal, así como de la relación que existe entre de los puntos de contacto de los dientes superiores con la cresta alveolar. Cuando la distancia desde el punto de contacto a la cresta ósea interdental es igual o mayor a 5 mm hay un llenado completo de la papila en las troneras gingivales. Sin embargo, por cada milímetro que aumente esta distancia, las posibilidades de lograr un llenado completo se reducen progresivamente en un 50%.⁴⁴



Fig. 19. Paciente con enfermedad periodontal que ha dado lugar a los denominados 'triángulos negros'.⁴⁴

1.5 Cirugía plástica periodontal

Los efectos que la terapia odontológica contemporánea tendrá sobre los valores estéticos, mas los nuevos procedimientos destinados específicamente a mejorar la estética dento-facial, han aportado cambios significativos a los planes de tratamiento y a la secuencia e integración de los procedimientos dentro de la terapia global. El éxito de los resultados estéticos depende principalmente de un diagnóstico adecuado previo a iniciar el tratamiento.³²

En la mayoría de los pacientes, el borde inferior del labio superior asume un perfil que limita la cantidad de encía que se expone al sonreír. Los pacientes que presentan una línea de la sonrisa alta exponen una amplia zona de tejido gingival y a menudo pueden expresar preocupación por su 'sonrisa llena de encía'. La forma de los labios y la posición de estos al hablar y al sonreír no pueden modificarse con facilidad, pero el odontólogo puede modificar y/o controlar la forma de los dientes y de las papilas interdentes, así como la posición de los márgenes gingivales y de los bordes incisales de los dientes. En este tipo de pacientes, es posible mejorar la estética dento-facial por medio de una combinación de tratamientos periodontales y protésicos. Las técnicas más utilizadas, dentro de la cirugía plástica periodontal, para el tratamiento de la sonrisa gingival son: gingivectomía, gingivoplastia, ostectomía, osteoplastia, colgajo reubicado apicalmente y reposicionamiento de labio, las cuales se describen a continuación:³²

1.5.1 Gingivectomía

El término 'gingivectomía' significa excisión de la encía y su principal objetivo es la eliminación de las bolsas supraóseas, sin embargo hoy en día se emplea en casos de agrandamientos gingivales y eliminación de abscesos periodontales supraóseos. La gingivectomía está contraindicada en los siguientes casos: la necesidad de hacer una cirugía ósea o incluso para examen de la morfología ósea y sus modificaciones, el fondo de la bolsa se localiza apical a la unión mucogingival, poca o nula cantidad de encía insertada y en casos donde se comprometa la estética, en particular en la región anterosuperior.³⁴

1.5.1.1 Técnica quirúrgica

1. Asepsia y antisepsia de la zona quirúrgica a tratar.
2. Anestesia de la zona quirúrgica.

3. La profundidad de las bolsas patológicas se determina con una sonda periodontal. A nivel del fondo de la bolsa se perfora la encía con una sonda y se produce un punto sangrante en la superficie externa del tejido blando.
4. Incisión primaria: que puede hacerse con bisturí en un mango Bard-Parker o con un bisturí Kirkland. Esta incisión debe iniciarse de 0.5 a 1 mm apical al punto sangrante para garantizar la remoción del epitelio de inserción y el tejido de granulación. La incisión debe realizarse a una angulación de 45° con relación al eje longitudinal del diente (Fig. 20).



Fig. 20. Incisión primaria de 0.5 a 1 mm apical a los puntos sangrantes con una angulación de 45°. ⁴⁶

5. Incisión secundaria: Una vez completada la incisión primaria en las caras vestibulares y linguales de los dientes, el tejido blando interproximal se separa del periodonto interdental mediante una incisión secundaria usando un bisturí Orban.
6. Los tejidos incididos se retiran cuidadosamente usando una cureta (Fig. 21).



Fig. 21. La encía desprendida se elimina con una cureta. ⁴⁶

7. Después de un desbridamiento minucioso, el contorno gingival se remodela, de ser necesario, mediante fresas de diamante o tijeras para encía (Fig. 22).



Fig. 22. El contorno gingival se remodela.⁴⁶

8. Para proteger el área quirúrgica se coloca un apósito periodontal, el cual debe de adaptarse cuidadosamente sobre las superficies cruentas vestibular y lingual, así como en los espacio interproximales.^{32,34}

1.5.2 Gingivoplastia

La 'gingivoplastia' es una técnica similar a la gingivectomía, que consiste en el recontorneado de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos en ausencia de bolsas periodontales.³⁴

La gingivoplastia se hace con un bisturí periodontal, fresas de diamante o electrodos y consiste en procedimientos similares a los realizados en el festoneado de dentaduras artificiales, denominados: afilado del margen gingival, creación de un contorno marginal festoneado, adelgazamiento de la encía insertada y creación de surcos interdentes verticales, así como la formación de las papilas interdentes que proporcionen una anatomía idónea para el paso del alimento.³⁴

1.5.3 Ostectomía

Por medio de la 'ostectomía' se elimina hueso de sostén, es decir, el involucrado directamente en la inserción del diente. La ostectomía se considera parte importante de las técnicas quirúrgicas, sin embargo, como regla general corresponde expresar que es preciso tener cautela cuando se deba eliminar hueso de sostén.³²

1.5.3.1 Técnica quirúrgica

1. Después de exponer el hueso alveolar mediante el levantamiento de un colgajo de espesor total (Fig. 23), las paredes vestibular y/o lingual se reducen hasta la base del defecto óseo o donde se quiera llegar usando cinceles para hueso o fresas redondas bajo irrigación continua con suero fisiológico (Fig. 24).
2. Recontornear los márgenes óseos vestibular y lingual para compensar discrepancias en altura producto de la resección ósea interdental. Es importante eliminar los pequeños escalones de hueso que a menudo quedan en el área de los ángulos diedros.³²



Fig. 23. Colgajo de espesor total.¹



Fig. 24. Resección ósea.¹

1.5.4 Osteoplastía

El propósito de la 'osteoplastía' consiste en crear una forma fisiológica de hueso alveolar sin eliminar hueso de soporte. Por consiguiente, la osteoplastía es una técnica análoga a la gingivoplastía. La osteoplastía se define como el adelgazamiento de escalones óseos gruesos y el establecimiento de un contorno festoneado de la cresta ósea vestibular y lingual.

La osteoplastía también se emplea para la nivelación de cráteres interproximales y la eliminación o reducción de paredes óseas circunferenciales, ya que comúnmente no se requiere resección del tejido óseo de sostén.³²

1.5.5 Colgajo reubicado apicalmente

El objetivo del 'colgajo reubicado apicalmente' es la conservación de una zona adecuada de encía insertada después de la cirugía. Al concluir la intervención quirúrgica, todo el complejo de tejidos blandos (encía y mucosa alveolar) queda desplazado hacia apical y no únicamente la encía insertada. Así, en lugar de reseca una cantidad de encía que quedaría sobrante después de la cirugía ósea, si ésta se efectuaba, todo el complejo mucogingival se conserva y se reubica apicalmente.³²

1.5.5.1 Técnica quirúrgica

1. Se hace una incisión con bisel invertido usando un bisturí con hoja Bard-Parker (12B o 15) desde el margen gingival vestibular y/o lingual hasta la profundidad de la bolsa o dependiendo del espesor y el ancho de la encía (Fig. 25). El diseño de la incisión debe ser festoneada para asegurar el máximo recubrimiento cuando posteriormente se reubique el colgajo.
2. En cada uno de los puntos terminales de la incisión invertida se realizan incisiones liberadoras verticales, que se extienden más allá de la línea mucogingival que permitan la reubicación del colgajo hacia apical (Fig. 25).



Fig. 25. Después de una incisión liberadora, se realiza la incisión con bisel invertido en la encía libre.³³

3. Se levanta un colgajo mucoperióstico de espesor total. El colgajo debe levantarse más allá de la unión mucogingival. Se elimina el cuello tisular marginal, se raspan y alisan las superficies radiculares expuestas (Fig. 26).
4. Se recontornea la cresta alveolar mediante fresas y/o cinceles para recuperar la forma normal de la apófisis alveolar, aunque a un nivel más apical (Fig. 26).



Fig. 26. Colgajo de espesor total y osteotomía.³³

5. El colgajo vestibular y/o lingual se reubica hasta el nivel de la cresta ósea y se asegura en esta posición mediante suturas (Fig. 27). Como no siempre es posible obtener un recubrimiento correcto con tejidos blandos sobre el hueso interproximal desnudo se coloca un apósito periodontal con el fin de proteger el hueso expuesto y mantener los tejidos blandos en su posición.³²



Fig. 27. Los colgajos son reubicados en dirección apical hasta el nivel de la cresta alveolar y mantenidos en esa posición mediante suturas.³³

1.5.6 Reposicionamiento de labio

La técnica de reposicionamiento de labio se utilizó inicialmente en la cirugía plástica médica y, más recientemente, en la odontología para los casos de sonrisa gingival causada por la hipermovilidad

del labio superior.^{5,20} Este procedimiento se lleva a cabo mediante la eliminación de una tira de mucosa vestibular del maxilar y suturando la mucosa del labio a la línea mucogingival.²⁰ El objetivo de esta técnica es limitar la retracción de los músculos elevadores de la sonrisa.⁵

1.5.6.1 Técnica quirúrgica

1. Anestesia en el área de la mucosa vestibular y el labio superior de primer molar derecho a primer molar izquierdo.
2. Con un plumón indeleble, se marcan los límites apical (por debajo del frenillo labial), coronal (línea mucogingival) y laterales (cara mesial del primer molar) de la incisión elíptica.
3. Se realiza una incisión de espesor parcial en la unión mucogingival desde el ángulo de la línea mesial del primer molar derecho al ángulo de la línea mesial del primer molar izquierdo (Fig.28).



Fig. 28. Incisión de espesor parcial en la línea mucogingival.⁵

4. Se realiza una segunda incisión de 10-12 mm por encima de la primera incisión en la mucosa labial.
5. Se unen las dos incisiones en ambos lados y se retira una tira de colgajo de espesor parcial, exponiendo el tejido conectivo subyacente (Fig. 29).



Fig. 29. Exposición del tejido conectivo subyacente.⁵

6. Las dos incisiones se aproximan utilizando suturas continuas⁵ (Fig. 30).



Fig. 30. Aproximación de los márgenes mediante suturas.⁵

CAPÍTULO 2

2.1 Objetivo general

Presentar un caso clínico de erupción pasiva alterada tratada con alargamientos de corona estéticos con la finalidad de mejorar la estética de la sonrisa.

2.2 Objetivos específicos

- Reducir la sonrisa gingival.
- Lograr una armonía y simetría de los márgenes gingivales.
- Modificar la longitud de las coronas clínicas (11, 12, 13, 15, 21, 22, 23 y 25).

CAPÍTULO 3

3.1 Reporte del caso

Paciente femenino de 21 años de edad que acude a la Clínica Odontológica de la Escuela Nacional De Estudios Superiores Unidad León de la UNAM porque 'no le gustaba su sonrisa' (Fig. 31). En la historia clínica general la paciente no reportó antecedentes personales patológicos de relevancia. Se realizó valoración dental donde se observa caries dental grado II en los órganos dentales 17, 16, 26, 27, 37, 36 y 46 (Fig. 32), relación molar y canina, clase I y II respectivamente (Fig. 33), y mediciones de los órganos dentales 11, 12, 13, 15, 21, 22, 23 y 25 los cuales revelan una inadecuada longitud corono-apical (Tabla 8), valoración periodontal donde se aprecia una banda ancha de encía queratinizada, un biotipo periodontal grueso (Fig. 34) y ficha periodontal completa la cual revela que el margen gingival está situado coronal a la unión cemento-esmalte (Tabla 8), valoración radiográfica que incluye toma de radiografías dentoalveolares del segmento anterosuperior donde se aprecia la posición de la cresta alveolar, la cual se ubica sobre la unión cemento-esmalte (Fig. 35), análisis facial con el tercio medio aumentado, depresión de las áreas paranasales, muestra esclera, sonrisa gingival (Fig. 36) y análisis cefalométrico que muestra hipoplasia maxilar en segmento anteroposterior y aumento en la altura anterior del mismo, clase I esqueletal con clase III molar, dolicocefalo y compensado con tratamiento de ortodoncia previo (Fig. 36). Se diagnosticó hipoplasia maxilar antero-posterior con exceso vertical maxilar compensado dentalmente con ortodoncia y gingivitis asociada a placa dentobacteriana con erupción pasiva alterada tipo IB según Coslet en 1977.



Fig. 31. Fotografía inicial extraoral. ^{Fuente propia}

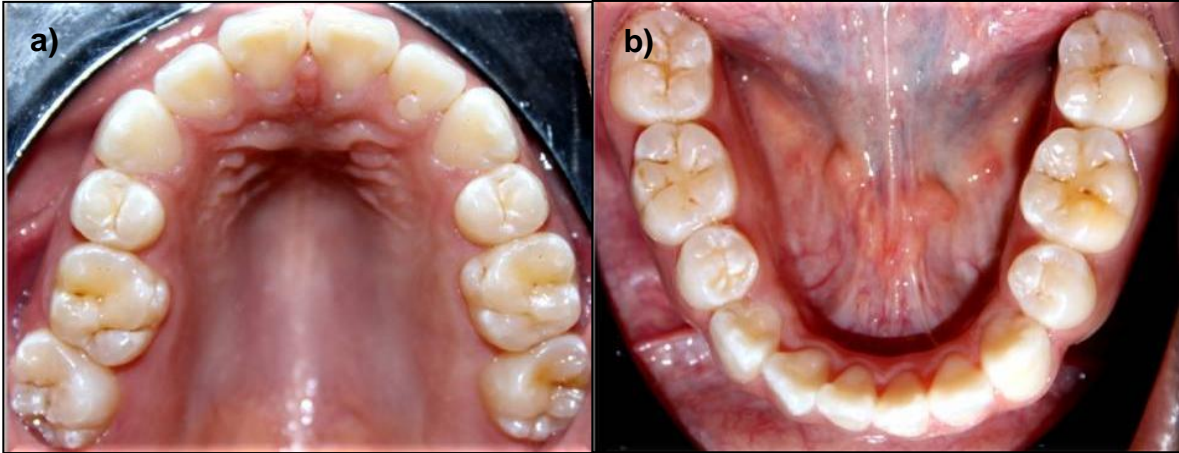


Fig. 32. Fotografías intraorales. a) Fotografía intraoral superior y b) Fotografía intraoral inferior. Fuente propia

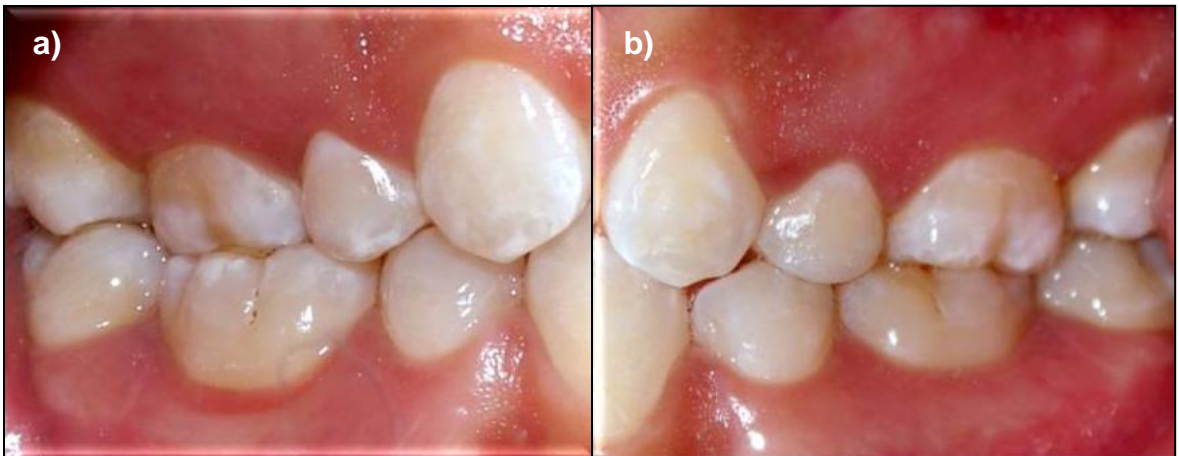


Fig. 33. Fotografías intraorales. a) Fotografía intraoral derecha y b) Fotografía intraoral izquierda. Fuente propia

Diente	UCE (mm)	Corona clínica (mm)	Corona ideal (mm)
11	3.5	8	11
12	2.5	7	9
13	3.5	8	11
15	2.5	7	9
21	2.5	9	11
22	2	7.5	9
23	3	8.5	11
25	2.5	7	9

Tabla 8. Mediciones de la unión cemento-esmalte (UCE) de cada diente, las coronas clínicas iniciales y las coronas clínicas a obtener. ^{Fuente propia}



Fig. 34. Fotografía inicial intraoral. ^{Fuente propia}

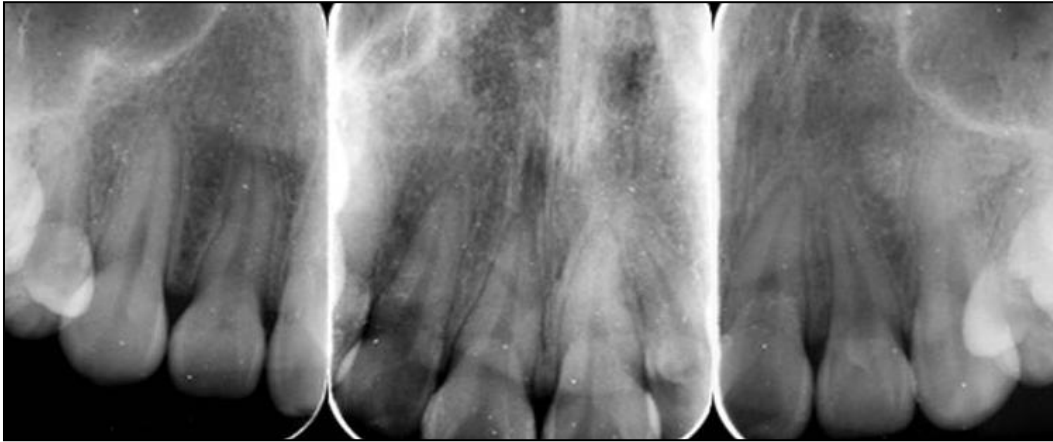


Fig. 35. Radiografías dentoalveolares. Fuente propia

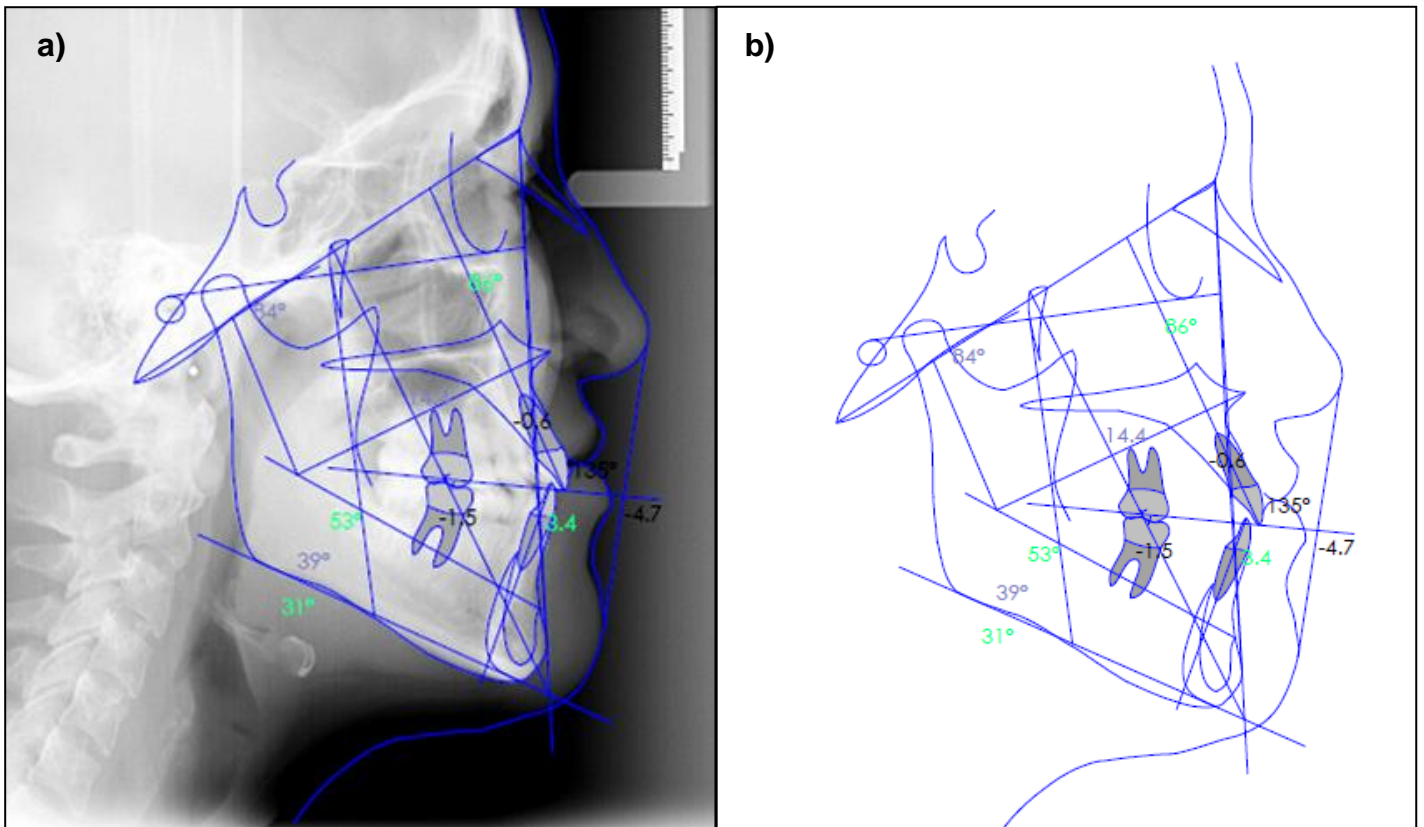


Fig. 36. Análisis cefalométrico. a) Cefalometría lateral y b) Cefalometría lateral. Fuente propia

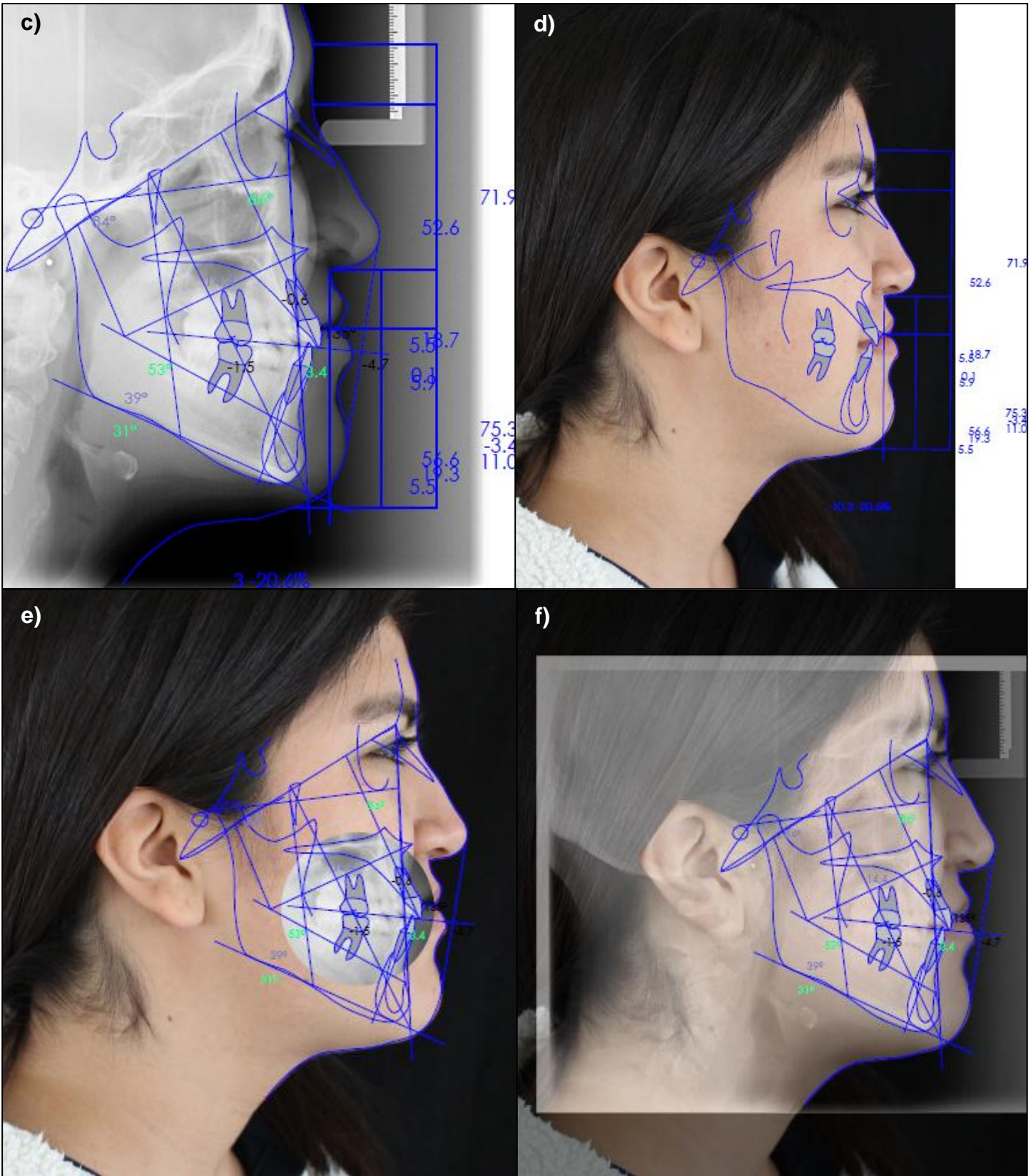


Fig. 36. Análisis cefalométrico. c) Cefalometría lateral y perfil, d) Perfil con fotografía, e) Superposición con radiografía y f) Superposición con fotografía. Fuente propia

Problema Dentario					
Medida:	Valor	Media	Dif	Unid Des	Clase
Relación Molar	-1.5	-3.0 ± 3.0	1.5		Clase I Dental
Relación Canina	2.3	-2.0 ± 3.0	4.3	x	Clase II Dental
Overjet	3.3	2.5 ± 2.5	0.8		Normal
Overbite	1.3	2.5 ± 2.5	-1.2		Normal
Extrusión II	1.3	1.3 ± 2.0	0.1		Normal
Angulo Interincisivo	135°	132° ± 6°	3°		Normal
Problema Esquelético					
Medida:	Valor	Media	Dif	Unid Des	Clase
Convexidad	-0.6	0.2 ± 2.0	-0.8		Clase I Osea
Altura Facial Inferior	53°	47° ± 4°	6°	x	DólícoFacial
Problema Dento-Esqueletal					
Medida:	Valor	Media	Dif	Unid Des	Clase
Posición Molar Superior	14.4	21.0 ± 3.0	-6.6	-xx	Clase III
Protrusión II	3.4	1.0 ± 2.3	2.4	x	Protrusión
Protrusión IS	6.4	3.5 ± 2.3	2.9	x	Protrusión
Inclinación II	24°	22° ± 4°	2°		Normal
Inclinación IS	21°	28° ± 4°	-7°	-x	Linguo-versión
Alteración Plano Oclusal	2.1	4.5 ± 3.0	-2.4		Normal
Inclinación Plano Oclusal	23°	27° ± 4°	-4°		Normal
Problema Estético					
Medida:	Valor	Media	Dif	Unid Des	Clase
Protrusión Labial	-4.7	-3.8 ± 2.0	-0.9		Normal
Longitud Labio Superior	27.0	26.7 ± 2.0	0.3		Normal
Comisura Labial a Plano Oclusal	-6.3	-2.6 ± 2.0	-3.7	-x	Supraposición
Problema Determinante					
Medida:	Valor	Media	Dif	Unid Des	Clase
Profundidad Facial	86°	90° ± 3°	-4°	-x	DólícoFacial
Eje Facial	84°	90° ± 3°	-6°	-xx	DólícoFacial
Cono Facial	63°	68° ± 4°	-5°	-x	DólícoFacial
Ángulo Plano Mandibular	31°	23° ± 4°	8°	x	DólícoFacial
Profundidad Maxilar	85°	90° ± 3°	-5°	-x	Retrognatia
Altura Maxilar	64°	58° ± 3°	7°	xx	DólícoFacial
Inclinación Plano Palatal	4°	1° ± 4°	3°		Normal
Estructura Interna					
Medida:	Valor	Media	Dif	Unid Des	Clase
Deflexion Craneal	25°	29° ± 3°	-4°	-x	Dolicocefálico
Longitud Craneal	51.5	62.2 ± 2.5	-10.7	-xxxx	Clase III
Altura Facial Posterior	67.0	62.2 ± 3.3	4.8	x	Braquicefálico
Posición Rama Ascendente	73°	76° ± 3°	-3°	-x	Retrognatia
Localización del Porion	-38.5	-43.8 ± 2.2	5.3	xx	Prognatia
Arco Mandibular	39°	31° ± 4°	8°	xx	Prognatia
Long. Cuerpo Mandibular	64.6	79.4 ± 2.7	-14.8	-xxxxx	Disminuido

Fig. 36g. Medidas y significado clínico. ^{Fuente propia}

Nombre Medida	Valor	Media	Vert	Tipo	DÓLICO	MESO	BRAQUI
Eje Facial	83.9	90.0	-2.0	DÓLICO	[Red]		
Profundidad Facial	85.7	89.7	-1.3	DÓLICO		[Red]	
Angulo Plano Mandibul	31.3	23.3	-1.8	DÓLICO	[Red]		
Altura Facial Inferior	53.2	47.0	-1.6	DÓLICO		[Red]	
Arco Mandibular	38.8	30.5	2.1	BRAQUI			[Green]

Fig. 36h. Biotipo facial. Fuente propia

El plan de tratamiento consistió en alargamientos de corona estéticos del segmento anterosuperior y los segundos premolares, debido a que la cirugía ortognática no estaba indicada ya que la paciente presentó tratamiento ortodóncico durante 6 años.

Se realizó interconsulta con el área de Rehabilitación Estética y Funcional para la elaboración de un encerado diagnóstico y una guía quirúrgica basándose en las medidas y proporciones de los dientes anterosuperiores de un estudio realizado por Sterrett y cols. en 1999. Se realizó fase I periodontal que incluyó: técnicas de higiene, control de placa dentobacteriana, eliminación de cálculo y pulido.

Se citó a la paciente 1 semana después para iniciar con los alargamientos de corona estéticos, cuyo procedimiento se describe a continuación:

1. Se anestesió con mepivacaína al 2% con epinefrina (1:100,000) con técnica supraparióstica en cada uno de los dientes (11, 12, 13, 15, 21, 22, 23 y 25).

2. Se colocó en la boca del paciente la guía quirúrgica de acetato para determinar en donde se iban a realizar las incisiones, por medio de puntos sangrantes realizados con la sonda periodontal (Fig. 37).



Fig. 37. Guía quirúrgica. Fuente propia

3. Una vez marcados todos los puntos sangrantes se verificó con la sonda periodontal la longitud previamente establecida (Fig. 38).



Fig. 38. Verificación de las longitudes. Fuente propia

4. Se realizaron incisiones a bisel interno con ayuda de una hoja de bisturí #15 siguiendo los puntos sangrantes (Fig. 39).



Fig. 39. Incisión a bisel interno. ^{Fuente propia}

5. Una vez terminadas las incisiones (Fig. 40), se levantó un colgajo de espesor total con ayuda de un periostótomo (Fig. 41).



Fig. 40. Incisiones terminadas. ^{Fuente propia}



Fig. 41. Colgajo de espesor total. ^{Fuente propia}

6. Se eliminó el rodete de encía por medio de curetas y se lavó abundantemente con suero fisiológico. Se realizó ostectomía con pieza de alta y una fresa de bola de carburo del #6 en cada uno de los dientes, con el objetivo de obtener un espesor biológico de 3 mm (Fig. 42).



Fig. 42. Ostectomía terminada. Fuente propia

7. Se lavó nuevamente con suero fisiológico y se suturó con vycril 4-0 con puntos en '8' (Fig. 43).



Fig. 43. Sutura. Fuente propia

Una vez terminados los alargamientos de corona, se dieron las indicaciones postoperatorias pertinentes: no cepillarse la zona donde se realizaron los alargamientos, no realizar esfuerzos físicos y dieta blanda por los próximos 3 días. Se recetó ibuprofeno de 600 mg por 5 días y enjuagues con clorhexidina al 0.2% por 30 seg. dos veces al día durante 15 días. Se citó al paciente una semana después para el retiro de suturas (Fig. 44) y se dieron citas semanales para el control óptimo del proceso de cicatrización.



Fig. 44. Retiro de suturas a los 7 días. Fuente propia

3.2 Implicaciones éticas

Se elaboró consentimiento informado, en el cual se explica detalladamente al paciente el plan de tratamiento y las posibles complicaciones del procedimiento quirúrgico (Ver ANEXOS, pag.57).

CAPÍTULO 4

4.1 Resultados

Se citó a la paciente a las 3 semanas de haberse realizado los alargamientos de corona estéticos donde se observó una ligera inflamación por lo que se reforzaron las técnicas de higiene (Fig. 45). A las 5 semanas se citó al paciente observando un tejido periodontal desinflamado (Fig. 46).

Los resultados fueron muy favorables, ya que se logró reducir la sonrisa gingival, se obtuvieron márgenes gingivales regulares y una longitud adecuada de los órganos dentales 11, 12, 13, 15, 21, 22, 23 y 25 mediante los alargamientos de corona estéticos (Fig. 47). La paciente se encuentra satisfecha ya que al sonreír no muestra una cantidad de encía excesiva, cumpliendo así con las expectativas deseadas (Fig. 48).



Fig. 45. Postoperatorio a las 3 semanas. ^{Fuente propia}



Fig. 46. Postoperatorio a las 5 semanas. ^{Fuente propia}



Fig. 47. Postoperatorio a los 6 meses. ^{Fuente propia}



Fig. 48. Fotografías finales. a) Fotografía final extraoral y b) Sonrisa postoperatoria a los 6 meses. ^{Fuente propia}

4.2 Discusión

La erupción pasiva alterada es una entidad que solo se puede diagnosticar mediante la observación clínica y radiográfica. En nuestro paciente se diagnosticó como alteración cráneo-facial, con hipoplasia maxilar, exceso vertical del maxilar y clase III molar compensada con una erupción pasiva alterada IB de acuerdo con Coslet²⁹ en 1977, donde se sugiere la realización de una cirugía de alargamientos de corona únicamente con fines estéticos.

En el 2008, Rossi y cols.⁴⁶ presentaron un caso similar de erupción pasiva alterada IB, el cual fue tratado de manera satisfactoria mediante una gingivectomía para eliminar el exceso de tejido gingival y una cirugía ósea para obtener un adecuado espesor biológico.

Posteriormente Ramzi y cols.⁴⁷ en el 2013 también trataron un caso de sonrisa gingival asociado a erupción pasiva alterada IB, el cual fue resuelto por medio de un alargamiento de corona estético y una posterior rehabilitación protésica, cumpliendo con las expectativas del paciente.

La gingivectomía es la técnica indicada en los pacientes con erupción pasiva alterada tipo I, subtipo A o B, de acuerdo con Kale y cols.⁴⁸ en el 2014, por lo que se realizó esta técnica a 2 pacientes, en los cuales el margen gingival era coronal a la unión cemento-esmalte y la línea mucogingival se encontraba apical a la cresta ósea, obteniendo resultados muy favorables.

La cirugía de alargamiento de corona estético en el sector antero-superior es una técnica exitosa para el tratamiento de la sonrisa gingival y la obtención de una adecuada longitud de las coronas clínicas con resultados estables a los 6 meses, tal y como lo demuestra un estudio efectuado por Cairo y cols.¹ en el 2012 a 11 pacientes, a los cuales se les realizó esta técnica y posteriormente se evaluaron los cambios a los 6 meses, donde no se encontraron cambios en la posición del margen gingival ni recesiones.

Otro estudio retrospectivo hecho en el 2014 por Deas y cols.⁴⁹, comprueba lo anterior, donde se realizó la misma técnica a 36 pacientes y se analizaron los cambios a 1, 3 y 6 meses, encontrando una estabilidad del margen gingival que no modificaba la longitud de las coronas clínicas a partir de los 3 meses.

Los resultados obtenidos de los casos descritos anteriormente y de este caso clínico fueron muy satisfactorios debido a que se realizó un diagnóstico certero, gracias a una adecuada valoración dental, periodontal, facial y radiográfica, y se llevó a cabo una técnica quirúrgica

exitosa, donde se tomaron en cuenta ciertos parámetros tales como las proporciones dentales, la forma y simetría de los niveles gingivales, el manejo de los tejidos blandos y duros de la cavidad oral, la biología del periodonto y el establecimiento de un adecuado espesor biológico, que pudieran comprometer los objetivos deseados.

Conclusiones

La exposición gingival excesiva o sonrisa gingival es una condición que afecta negativamente la apariencia de los pacientes y que en los últimos años ha tomado un papel muy importante dentro de las demandas estéticas de la odontología contemporánea.

La sonrisa gingival está asociada con diversas etiologías, las cuales deben ser identificadas antes de elaborar un plan de tratamiento, teniendo en cuenta la valoración de ciertos parámetros como son la línea de la sonrisa, las proporciones dentales, la morfología y simetría gingival y la valoración radiográfica y facial. También es importante tener en cuenta la biología de los tejidos periodontales, como son la encía y el hueso alveolar, así como el espesor biológico y el biotipo periodontal. Un error en esta etapa puede comprometer los objetivos previamente planeados por el clínico complicando el resultado final.

La sonrisa gingival puede ser resuelta con alargamientos de corona estéticos, sin embargo, debe de estar correctamente indicada, planeada y ejecutada, ya que es uno de los procedimientos de la cirugía plástica periodontal con resultados muy previsibles en un índice alto de éxito y satisfacción por parte de los pacientes. En este trabajo se cumplieron las expectativas que demanda el paciente, gracias a un diagnóstico certero y a la realización de un plan de tratamiento adecuado.

Bibliografía

1. Cairo F, Graciani F, Franchi L, Pini Prato GP. Periodontal plastic surgery to improve aesthetics in patients with altered passive eruption/gummy smile: A case series study. *International Journal of Dentistry* 2012;8:1-6.
2. Silberberg N, Goldstein M, Smidt A. Excessive gingival display—Etiology, diagnosis, and treatment modalities. *Quintessence International* 2009;40(10):809-818.
3. Oliveira MT, Otoboni G, Furtado A, Ghizoni JS, Pereira JR. Gummy smile: A contemporary and multidisciplinary overview. *Dental Hypotheses* 2013;4(2):55-60.
4. Peck S, Peck L, Kataja M. The gingival smile line. *Angle Orthodontist* 1992; 62(2): 91-100.
5. Manjunath M, Gupta S, Shivananda H. Lip repositioning: An alternative cosmetic treatment for gummy smile. *Journal of Indian Society of Periodontology* 2014;18(4):520-523.
6. Tjan A, Miller G, The J. Some esthetic factors in a smile. *Journal of Prosthetic Dentistry* 1984;51(1):24-28.
7. Litton C, Fournier P. Simple surgical correction of the gummy smile. *Journal of the American Society of Plastic Surgeons* 1979;63(3):372-373.
8. Converse J. Facial surgery. *Journal of the American Society of Plastic Surgeons* 1977: 23(3):1540-1547.
9. Kawamoto HK. Treatment of the elongated lower face and the gummy smile. *Clinics in Plastic Surgery* 1982;9(4):479-489.
10. Miskinyar SA. A new method for correcting a gummy smile. *Journal of the American Society of Plastic Surgeons* 1983;72(3):397-400.
11. Robbins JW. Differential diagnosis and treatment of excess gingival display. *Practical Periodontics and Aesthetic Dentistry* 1999;11(2):265-272.
12. Allen EP. Use of mucogingival surgical procedure to enhance esthetics. *Dental Clinics of North America* 1988;32:307-330.
13. Villaseñor C, López MC. Tratamiento interdisciplinario de paciente con sonrisa gingival: Reporte de un caso. *Revista Odontológica Mexicana* 2013;17(1):51-56.
14. Krysciak R, Kozłowski Z, Czerniuk MR. Gingival smile as a complex problema of aesthetic dentistry. *Dental and Medical Problems* 2013;50(3):362-368.
15. Savitha AN, Sahar R, Rosh RM. 'Esthetic smile' a concern due to altered passive eruption- Case reports. *Journal of Natural Sciences Research* 2012;2(5):1-8.
16. Fradeani M. Rehabilitación estética en prostodoncia fija. Vol.1. 1ª edición Barcelona: Quintessence 2006.
17. Watson J, Crispin B. Margin placement of esthetic veneer crowns. Part I: anterior tooth visibility. *Journal of Prosthetic Dentistry* 1981;45:278-282.

18. Owens E, Goodacre C, Log P, Hanke G, Okamura M, Jo K, Muñoz C, Naylor W. A multicenter interracial study of facial appearance. Part 2: A comparison of intraoral parameters. *International Journal of Prosthodontics* 2002;15(3):283-288.
19. Bhola M, Fairbairn P, Kolhatkar S, Chu S, Morris T, de Campos M. Lipstat: the lip stabilization technique-indications and guidelines for case selection and classification of excessive gingival display. *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry* 2015;35(4):549-559.
20. Ribeiro NV, de Souza TV, Guilherme J, Azevedo TM, Silva C. Treatment of excessive gingival display using a modified lip repositioning technique. *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry* 2013;33(3):309-314.
21. Garber DA, Salama MA. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. *Periodontology* 2000 1996;11(1):18-28.
22. Humayun N, Kolhatkar S, Souiyas J, Bhola M. Mucosal coronally positioned flap for the management of excessive gingival display in the presence of hypermobility of the upper lip and vertical maxillary excess: a case report. *Journal of Periodontology* 2010;81(2):1858-1863.
23. Peck S, Peck L, Kataja M. Some vertical lineaments of lineaments of lip position. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 1992;101(6):519-524.
24. Prabu NM, Kohila K, Sivaraj S, Prabu PS. Appraisal of the cephalometric norms for the upper and lower lips of the South Indian ethnic population. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences* 2012;4(2):S136-S138.
25. Alpiste F. Altered passive eruption (APE): a little-known clinical situation. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* 2011;16(1):e100-e104.
26. Kiran R. Multidisciplinary rehabilitation of a patient with altered passive eruption and hypodontia-case report. *Annals and Essences of Dentistry* 2010;2(3):55-60.
27. Orban B, Kohler J. The physiologic gingival sulcus. *Osterreichische Zeitschrift fur Stomatologie* 1924;22:353.
28. Goldman HM, Cohen DW. *Periodontal Therapy*, de 4 St. Louis, C.V. Mosby Company 1968.
29. Coslet GJ, Vanarsdall R, Weisgold A. Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. *Alpha Omegan* 1977;70(3):24-28.
30. Sterrett J, Oliver T, Robinson F, Fortson W, Knaaak B, Russel CM. Width/length ratios of normal clinical crowns of the maxillary anterior dentition in man. *Journal of Clinical Periodontology* 1999;26:153-157.
31. Sitthiphan P, Viwattanatipa N, Amornvit P, Shrestha B, Theerathavaj ML, Khursheed M. Comparison of maxillary anterior teeth crown ratio (width/length) between gender in laotian population. *International Medical Journal* 2015;22(3):199-205.
32. Lindhe J, Karring T, Lang P. *Periodontología clínica e implantología odontológica*. 4 ed. Buenos Aires: Médica Panamericana 2005.
33. Fombellida F, Martos F. *Cirugía mucogingival*. 1 ed. España: Team Work Media España 2004.

34. Carranza F, Newman M. Periodontología clínica. 8 ed. México: McGraw-Hill Interamericana 1998.
35. Sicher H. Changing concepts of the supporting dental structures. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology* 1959;12(1):31-35.
36. Cohen DW. Pathogenesis of Periodontal Disease and its Treatment. Washington, DC: Walter Reed Army Medical Center 1962.
37. Gómez M, Campos A. Histología y embriología bucodental. 2 ed. España: Panamericana 2003.
38. Vacek J, Gher M, Assad D, Richardson A, Giambarresi L. The dimensions of the human dentogingival junction. *International Journal of Periodontal & Restorative Dentistry* 1994;14:155-165.
39. Gargiulo A, Wentz F, Orban B. Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. *Journal of Periodontology* 1961;14(2):261-267.
40. Savadi A, Rangarajan V, Savadi RC, Satheesh P. Biologic perspectives in restorative treatment. *Journal of Indian Prosthodontic Society* 2011;11(3):143-148.
41. Chu S, Tan J, Stappert C, Tarnow D. Gingival zenith positions and levels of the maxillary anterior dentition. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry* 2009;21(2):113-120.
42. Rufenacht CR. Fundamentals of esthetics. 1 ed. Berlín: Quintessence 2000.
43. American Academy of Cosmetic Dentistry. Diagnosis and treatment evaluation in cosmetic dentistry-a guide to accreditation criteria. Madison: American Academy of Cosmetic Dentistry.
44. Sharma PK, Sharma P. Dental smile esthetics: the assessment and creation of the ideal smile. *Seminars in Orthodontics* 2012;18(3):193-201.
45. Wheeler RC. Complete crown form and the periodontium. *Journal of Prosthetic Dentistry* 1961;11(4):722-734.
46. Rossi R, Benedetti, Santos RI. Treatment of altered passive eruption: periodontal plastic surgery of the dentogingival junction. *European Journal of Esthetic Dentistry* 2008;3(3):212-223.
47. Ramzi AA, Nada S. Periodontal treatment of excessive gingival display. *Seminars in Orthodontics* 2013;19(4):267-278.
48. Kale A, Triveni MG, Tarun AB, Metha D. Surgical crown lengthening-a magical solution for gummy smile. *Journal of Indian Dental Association* 2014;8(4):20-24.
49. Deas D, Sagun R, Gruwell S. Crown lengthening in the maxillary anterior region: a 6-month prospective clinical study. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* 2014;34(3):365-373.

Anexos



Conforme a la NOM-168-SSA1-1998
y a la NOM-013-SSA2-2006

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998. Del expediente clínico médico, publicado el lunes 14 de diciembre de 1998, en su capítulo 10.1.1 es presentado este documento escrito y firmado por el paciente, persona responsable o tutor. A través de este documento acepta, bajo la debida información de los riesgos y los beneficios esperados del tratamiento dental a realizar. Por consiguiente y en calidad de paciente o responsable del paciente:

DECLARO

1. Estoy enterado y acepto que para iniciar el plan de tratamiento, deberá integrarse previamente un EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO, radiografía con interpretación de la misma, plan de tratamiento y los estudios que se consideren necesarios para complementar dicho expediente. Estoy consciente y enterado de que la información que se aporta en el interrogatorio del EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO es completa y veraz y que cualquier dato que no fuera aportado a esta, no involucra ninguna responsabilidad para la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, UNAM.
2. Que he sido claramente informado sobre mi diagnóstico, el cual es:
Erupción pasiva alterada
3. Que se me ha explicado detalladamente el plan de tratamiento para atender mi padecimiento, el cual consiste en:
Tratamientos de corona estéticas
4. Entiendo del procedimiento a realizar, los beneficios, los riesgos que implica y la posibilidad de las complicaciones me han sido explicadas por el alumno y el facultativo a cargo y comprendo perfectamente la naturaleza y consecuencias del procedimiento, se me ha explicado que las posibles complicaciones pueden ser: Hemorragia, infección, alergias, mala cicatrización, resultados estéticos no deseados, fracturas, pérdida de órganos dentarios, paro cardiorrespiratorio reversible o no, desplazamiento de órganos.
5. Que cuento con la información suficiente sobre los riesgos y beneficios durante mi tratamiento, y sé que puede cambiar de acuerdo a las circunstancias clínicas que surjan durante el mismo.
6. Que no se me ha garantizado ni dado seguridad alguna acerca de los resultados que se podrán obtener.
7. Que puedo requerir de tratamientos complementarios a los que previamente me han mencionado, con el objeto de mejorar el curso de mi padecimiento.
8. Que se me ha informado, que el personal médico que me atiende, cuenta con experiencia y con el equipo necesario para mi tratamiento y aun así, no me exime de presentar complicaciones.
9. Consiento para que se me administre anestesia local, si así lo requiere el tratamiento.
10. Autorizo a mi médico tratante a que conserve con fines científicos o didácticos aquellos tejidos, partes u órganos dentales como resultado del tratamiento. Además permito la toma de radiografías y fotografías así como la toma de muestras de sangre y tejidos, para los propósitos de diagnóstico, plan de tratamiento, por razones de educación científica, así como la demostración o publicación de las mismas de ser necesario.
11. Acepto que la atención esté sujeta a las disposiciones de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, UNAM y me comprometo a respetar a estas disposiciones así como al personal académico, administrativo y estudiantil que aquí laboran y cuidar las instalaciones y equipos.
12. Estoy de acuerdo que cualquier pago que se realice por concepto de la atención en clínicas deberá realizarse al inicio de cada actividad, con el recibo correspondiente, quedando por aclararse con el docente a cargo en el caso de las repeticiones de algún procedimiento.
13. Acepto que la atención esté sujeta a los tiempos y horarios en que las Clínicas Odontológicas laboren y que las citas puedan ser modificadas por situaciones imprevistas durante el servicio, comprometiéndome independientemente de esto a asistir puntualmente a ellas.
14. Estoy consciente que dentro de mi tratamiento puedan ser prescritos algunos medicamentos en beneficio del mismo y que serán anotados en el formato oficial que para este efecto existe, que deberá ser firmado únicamente por el personal docente asignado a la clínica, tomando como propia dicha responsabilidad, por ser personal titulado y con registro ante la SSA.
15. La Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León, UNAM, no se hace responsable de ningún tratamiento efectuado fuera de las instalaciones de nuestras clínicas.
16. Acepto que soy responsable de comunicar mi decisión y lo antes informado a mi familia.

ACEPTO LOS TÉRMINOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL FACULTATIVO A CARGO

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 1803 Y 1812 DEL CÓDIGO CIVIL FEDERAL. OBLIGACIONES EN GENERAL SOBRE EL CONSENTIMIENTO.

Fig. 49. Consentimiento informado. Fuente propia