

01321
116



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FRECUENCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS
MUCOGINGIVALES EN LA CLÍNICA DE
PERIODONCIA DE LA DEPeI EN LA FO, UNAM.
2000-2002

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

NOE GALLARDO CEJA

DIRECTORA: C. D. M. U. MAGDALENA PAULIN PEREZ
ASESOR: C. D. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



AGRADECIMIENTOS.

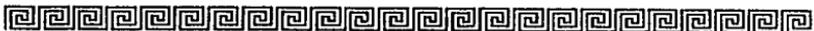
Gracias, a Dios.

A MIS PADRES.

Por brindarme su infinito apoyo, con el cual siempre he salido adelante, y en especial ahora, para realizarme como profesionalista, y así poder culminar una de las etapas en mi vida.

A MI UNIVERSIDAD.

Por el espacio y lugar que me brindó, por darme la oportunidad de estudiar una carrera en la Facultad de Odontología y por saber que soy parte de una gran escuela.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.	1
2. ANTECEDENTES.	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	22
4. JUSTIFICACIÓN.	23
5. OBJETIVOS.	24
5.1. Objetivo General.	24
5.2. Objetivos Específicos.	25
6. METODOLOGÍA.	26
6.1. Materiales y Métodos.	26
6.2. Tipo de Estudio.	26
6.3. Población de Estudio.	27
6.4. Muestra.	27
6.5. Criterios de inclusión y exclusión.	28
6.6. Variables (definición operacional, conceptual y escala de medición).	29
6.6.1. Variable independiente.	35
6.6.2. Variable dependiente.	35
6.7. Análisis de la información y tratamiento estadístico de los datos.	36
6.8. Método de recolección de la información.	36
7. RESULTADOS.	37
8. DISCUSIÓN.	50
9. CONCLUSIONES.	52
10. RECOMENDACIONES.	54
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	55



1. INTRODUCCIÓN

Este estudio fue motivado por la ausencia de información sobre la frecuencia de los procedimientos periodontales que se realizan en la Clínica de Periodoncia de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El estudio, buscó específicamente identificar la frecuencia de los procedimientos mucogingivales que se realizan en la Clínica de Periodoncia de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM durante el periodo de febrero del 2000 a noviembre del 2002. Dicha información puede sentar las bases para estudios de alcance poblacional y a su vez ser útil para reorientar, de ser necesario, el servicio que brinda la especialidad de Periodoncia y también crear políticas de salud pública específicas en el área de prevención para la enfermedad periodontal.

Las expectativas y deseos del paciente para obtener servicios dentales estéticos, han aumentado la demanda de los procedimientos de cobertura radicular. Ciertamente, uno podría preguntarse la necesidad funcional para los procedimientos de cobertura radicular, sin embargo, los deseos de los pacientes para una mejora estética; disminución de la sensibilidad radicular; tratamiento o reducción del riesgo de caries radicular y restauraciones con un contorno inadecuado en relación al margen gingival, dictan que los clínicos deben estar preparados y sean capaces de producir resultados estéticos y predecibles en la cobertura radicular.



Por tanto, la cirugía mucogingival es el tratamiento que se le podría brindar a un grupo numeroso de pacientes que asisten a la Clínica de Periodoncia de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM, pero actualmente no existe un registro que muestre la frecuencia con la que se tratan dichas condiciones, las cuales pueden ser resueltas con diversos procedimientos quirúrgicos mucogingivales.



2. ANTECEDENTES

En 1957 Friedman introdujo el término de cirugía mucogingival y la describió como la cirugía plástica que concierne las relaciones entre los tejidos mucogingivales y la encía insertada, la mucosa alveolar, el frenillo, la inserción muscular y el vestíbulo.¹ Desde ese momento, varios procedimientos se han usado para corregir problemas asociados con la falta de encía insertada.²

Algunos autores han propuesto que el término Cirugía plástica es el más apropiado ya que la cobertura radicular, que cae dentro de esta definición, es un procedimiento que ha atraído más interés que otros. Éste ha sido el objetivo de la terapia periodontal por algún tiempo.¹

Por tanto, para unir estos dos términos a la cirugía mucogingival se le define como el conjunto de procedimientos de cirugía plástica diseñados para corregir defectos en la morfología, la posición y la cantidad de encía que rodea a los dientes, es decir, se trata de técnicas diseñadas para aumentar el ancho de la encía insertada y queratinizada, para corregir defectos particulares de tejidos blandos y ciertos abordajes para la eliminación de bolsas.^{3, 4}

Con relación a la encía insertada, esta se continúa con la encía marginal; es firme, resiliente, rosa coral, suele mostrar un punteado delicado que le da un aspecto de cáscara de naranja, pero este sólo está presente en alrededor de un 40% de los adultos, se fija con firmeza al periostio subyacente del hueso alveolar y cemento subyacente por medio de fibras conectivas. El aspecto vestibular de la encía insertada se extiende hasta la mucosa alveolar relativamente laxa y móvil, la cual está separada de la unión mucogingival.^{4, 5}



Otro parámetro clínico importante es el ancho de la encía insertada. Corresponde a la distancia entre la unión mucogingival y la proyección sobre la superficie externa del fondo del surco gingival. El ancho de la encía insertada en el aspecto vestibular varía en distintas zonas de la boca. Por lo general, es mayor en la zona incisiva (3.5 a 4.5 mm en el maxilar y 3.3 a 3.9 mm en la mandíbula) y menor en el segmento posterior. El ancho mínimo aparece en el área del primer premolar (1.9 mm en el maxilar y 1.8 mm en la mandíbula).⁵

La unión mucogingival permanece invariable a través de la vida adulta; en consecuencia, los cambios en la anchura de la encía insertada son producto de modificaciones en la posición de su extremo coronal. El ancho de la encía insertada aumenta con la edad y en los dientes sobreerupcionados.⁵

Los objetivos de la cirugía mucogingival son:^{5,6}

- Ensanchar la zona de encía insertada o crear una nueva zona de encía insertada cuando las bolsas periodontales se extienden hasta la cercanía de la unión mucogingival o más allá de ella, o dentro de la mucosa alveolar.
- Reubicar la inserción de los frenillos y las inserciones musculares que se superponen con las bolsas periodontales y las traccionan, separándolas de la superficie dental.



- **Cubrir superficies radiculares denudadas.**
- **Crear profundidad vestibular cuando no la hay. La cantidad de encía queratinizada presente se considera respecto a la profundidad del vestíbulo.**

Clasificación de cirugía mucogingival

Existen varias clasificaciones de la cirugía mucogingival por lo que a juzgar por Sato, esta se deberá de clasificar de acuerdo a los objetivos de la misma.¹

1. **Aumentar la anchura de la encía insertada.**
 - a) **Cirugía a colgajo de reposición apical.**
 - b) **Injerto gingival pediculado.**
 - **Injertos de reposición lateral.**
 - **Injertos de doble papila.**
 - **Injertos de múltiple papila interdental.**
 - **Injertos pediculados al área edéntulo.**
 - c) **Injertos gingivales libres autógenos.**
 - d) **Injertos de tejido conectivo.**
2. **Recubrimiento radicular.**
3. **Cirugía de frenillo.**



Varios procedimientos mucogingivales han probado que resultan en una cobertura radicular exitosa y predecible. Los más populares se pueden agrupar en:

- Procedimientos de injertos pediculados de tejido blando.⁴
- Procedimientos de tejido blando libre.⁴

Para este tipo de tratamiento es importante mencionar que la recesión gingival es el desplazamiento del tejido gingival marginal hacia la zona apical del límite cemento adamantino, con exposición de la superficie radicular.^{1,3,7}

Parece razonable sugerir que pueden existir por lo menos tres tipos diferentes de factores que provocan recesión del tejido marginal:⁴

- Recesiones asociadas a factores mecánicos, predominantemente trauma por cepillado dental, oclusión traumática frenillos o inserciones musculares altos, presentándose en encía sana clínicamente y donde la raíz expuesta tiene un defecto en forma de cuña, cuya superficie es limpia, lisa y pulida.
- Recesiones asociadas con lesiones inflamatorias localizadas inducidas por placa, tales recesiones pueden ser halladas en dientes ubicados en posición prominente, es decir hueso alveolar delgado o ausente y además tejido gingival fino.
- Recesiones asociadas a formas generalizadas de enfermedad periodontal destructiva.



La recesión denota la localización de la encía, no su estado. La encía que sufre recesión se encuentra a menudo inflamada, pero puede ser normal excepto por su posición. Esta se localiza en ocasiones en un diente, un grupo de dientes o puede generalizarse en toda de la boca.⁵

El problema de la recesión gingival ha sido tratado con una variedad de técnicas dependiendo de lo anteriormente mencionado. Situaciones difíciles como múltiples superficies de la recesión de la raíz, especialmente en el maxilar donde las superficies de los dientes son anchas, varios procedimientos se han realizado con éxito limitado, el tejido frecuentemente se retraía en cortos periodos de tiempo, dejando una porción radicular expuesta.⁸

Miller en 1982, desarrolló una clasificación para la recesión gingival marginal útil para evaluar los resultados probables de la cobertura radicular. Esta clasificación ayuda a valorar la probabilidad de éxito cuando se intenta la cobertura radicular por algún procedimiento de injerto de tejidos blandos.^{2, 7}

- Clase I. La recesión del tejido marginal no se extiende hacia la unión mucogingival; no hay pérdida de hueso interdentario ni tejido blando. Se prevé 100% de cobertura radicular.
- Clase II. La recesión del tejido marginal se extiende hasta o más allá de la unión mucogingival; no hay pérdida de hueso interdentario ni tejido blando. Se prevé una cobertura radicular de 100%.
- Clase III. La recesión del tejido marginal se extiende hasta la unión mucogingival o más allá; hay pérdida de hueso interdentario, tejido



blando o malposición de dientes. Se prevé una cobertura radicular parcial.

- Clase IV. La recesión del tejido marginal se extiende hasta la unión mucogingival o más allá: hay pérdida de hueso interdentario y tejido blando, malposición grave de los dientes o ambas cosas. No es posible esperar cobertura radicular.

A continuación, se mencionan algunos de los procedimientos de cirugía mucogingival, de la clasificación de Sato, más utilizados, así como las estadísticas del éxito de dicha terapéutica. Incluyendo otros mencionados por Lindhe, que podrían agruparse dentro de esta, para de este modo tener una clasificación más completa.

1. Aumentar la anchura de la encía insertada

a) Injerto desplazado apical

En la década de 1950 y 1960 surgieron nuevas técnicas quirúrgicas para la eliminación de los tejidos blandos y fueron descritas las bolsas periodontales de los tejidos duros. Se destacó entonces la importancia de mantener una zona adecuada de encía insertada, uno de los primeros autores que describió una técnica para preservar la encía después de la cirugía fue Nabers en 1954, inicialmente llamada reubicación de la encía insertada, y más tarde modificada por Auriaudo y Tyrrell en 1957. En 1962 Friedman propuso el nombre de injerto reubicado apicalmente; destacó el hecho de que, al término del procedimiento quirúrgico, el complejo integro de los tejidos blandos (encía y mucosa alveolar), no la encía sola, era desplazado en dirección apical. Así en vez de eliminar la cantidad de encía



que constituiría un excedente después de la cirugía ósea, todo el complejo mucogingival se conservaba y reubicaba apicalmente.⁴

Por tanto, este procedimiento se utiliza para la erradicación de bolsas periodontales, conservación o ensanchamiento, o ambas, de la zona de encía insertada.⁵

b) Injerto gingival pediculado

Los injertos pediculados, según la dirección de la transferencia se agrupan en: injertos avanzados (injerto de reubicación coronaria, injerto de reubicación coronaria semilunar), o injertos rotacionales (injerto deslizante lateral, injerto de doble papila, injerto rotado oblicuo).^{1, 4}

Los injertos pediculados han demostrado una buena predictabilidad con porcentajes en promedio entre el 75% al 80%, para aumentar las áreas localizadas de exposición radicular.²

Las ventajas de estos injertos incluyen que sólo hay una área quirúrgica, la irrigación del injerto que cubre la superficie radicular se mantiene y el color postoperatorio esta en armonía con el tejido circundante. Las desventajas incluyen que se aplica para la recesión gingival relativamente menor (estrecha y superficial) o para la recesión limitada a un diente.¹



Injertos avanzados

- **Injertos coronalmente posicionados**

Los injertos de pedículo coronalmente posicionados fueron estudiados por primera vez por Harvey en 1956, por Allen y Miller en 1989.⁵

Harris y Harris en 1994 reportaron altos índices de éxito (97.8 % y 98.8 % respectivamente) en defectos poco profundos tratados con injertos de pedículo coroneales.⁹

Gianpolo Pinni Prato en 1999, en un estudio de los injertos coroneales después de un raspado y pulido radicular, demostró que no hubo diferencias estadísticas, aunque el pulido ligeramente mostró que la instrumentación mecánica de las superficies expuestas radiculares no es necesaria cuando las recesiones son poco profundas, causadas por cepillado dental traumático, usó injertos coroneales, para cubrir recesiones avanzadas en pacientes con altos niveles de higiene bucal.¹⁰

También determinaron si el espesor del injerto puede influir en la cobertura radicular cuando una recesión gingival esta asociada con el cepillado dental traumático, empleando estos injertos coroneales, se trataron 19 recesiones mayores de 0.8 mm, esperando el 100 % de cobertura radicular. Los resultados de este estudio indican que existe una relación directa entre el espesor del injerto y la reducción de la recesión.¹⁰

- **Injerto de reubicación coronaria semilunar**

Dentro de estos injertos podemos incluir a los semilunares de reposición coronal, para el tratamiento de la recesión gingival moderada, el



recubrimiento del margen expuesto es posible, si la adaptación marginal es excelente y se realiza un alisado radicular.¹

Injertos rotacionales

- Injerto lateralmente posicionado

Los injertos lateralmente posicionados han sido probados en varios estudios de casos clínicos por diferentes autores.⁵

En 1956, Grube y Warren describieron el injerto de deslizamiento lateral. En este procedimiento se toma tejido queratinizado de los dientes adyacentes y se desliza en sentido horizontal para cubrir la superficie radicular.^{1,2}

Están indicados cuando existe suficiente anchura, longitud, y espesor del tejido queratinizado adyacente al área de la recesión gingival, cuando el recubrimiento de la raíz expuesta está limitada a uno o dos dientes, éste procedimiento es más adecuado para el recubrimiento radicular de la recesión gingival con dimensión mesiodistal estrecha.¹

Las contraindicaciones incluyen anchura insuficiente y espesor de tejido queratinizado en el lecho donante, hueso extremadamente fino en el lecho donante o un defecto óseo tal como una dehiciencia o fenestración, bolsa periodontal profunda y notable pérdida de hueso alveolar interdental en el área adyacente, vestíbulo oral estrecho y múltiples dientes involucrados.¹

Los injertos laterales en 1969 fueron estudiados por Sugarman y reportó con una evaluación histológica, que presentaron una nueva inserción de tejido conectivo.⁵



Common y Mcfall en 1983 demostraron con histología humana que el injerto lateral, combinado con el acondicionamiento con ácido cítrico, produjo un nuevo cemento y fibras de colágena que estaban orientadas paralelas a la raíz.¹⁰

- Injertos de múltiple papila interdental

Dentro de estos injertos encontramos a los de múltiple papila interdental, descritos por Hattler, estos injertos se desplazan en sentido apical y lateral, éste se coloca en el centro de la superficie radicular o la cresta del hueso alveolar marginal.¹

- Injertos pediculados al área edéntulo

El injerto pediculado del área edentula, el área edentula se usa como un lecho donante. Esta técnica se introdujo por Corn y Robinson. Esta indicado para incrementar la anchura y formar nueva encía insertada y para cubrir la raíz expuesta adyacente al área edéntula.¹

- Injerto de doble papila

Estos injertos de doble papila fueron estudiados en 1968 por Cohen y Rossi, introdujeron esta técnica en la cual se usaba la papila interdental bilateral como tejido donante para el recubrimiento radicular localizado. En esta técnica existe menos riesgo de necrosis del injerto y la sutura es fácil ya que la papila interdental es mas gruesa y ancha que la encía labial en la superficie radicular. Por tanto, los injertos de doble papila son útiles en los casos en los que no existe ninguna encía en lugares adyacentes a las áreas



de recesión gingival o en los casos en el que existen las bolsas periodontales en las superficies vestibulares de los dientes adyacentes.¹

La indicación más importante es que debe de existir suficiente anchura y longitud de la papila interdental en ambos lados del área de recesión gingival. Las ventajas incluyen que la cantidad del tejido donante es pequeña ya que la papila interdental adyacente al área de recesión gingival se desplaza, por lo tanto se produce menos tensión del injerto.¹

- Injerto rotado oblicuo

Introducido por Pennel y colaboradores en 1965.¹

c) Injerto gingival libre autógeno

Los injertos gingivales libres autógenos iniciaron una nueva era en el tratamiento de los problemas mucogingivales. Estos procedimientos han sido ampliamente usados desde su introducción en 1963 por Björn H.⁵

Los injertos gingivales libres autógenos han sido los procedimientos más predecibles y de mayor uso para aumentar la banda de encía insertada, es aplicable para múltiples dientes y puede eliminar la inserción anormal del frenillo.^{1,2}

Debido a la predecibilidad y versatilidad de los injertos de tejido blando, el uso de los injertos gingivales libres autógenos para la cobertura radicular dramáticamente ha declinado, sin embargo, las indicaciones para los injertos gingivales libres incluyen: aumento en la profundidad del vestíbulo y áreas de aumento en la cantidad de tejido asociada con



restauraciones, para eliminar el frenillo anormal y su inserción y áreas de aumento del reborde.^{1, 11}

Las desventajas incluyen que requiere de dos áreas quirúrgicas, aporte sanguíneo deficiente, la armonía del color con el tejido circundante también es deficiente, ya que el tejido del paladar es más claro y grueso.¹

Mientras la supervivencia del injerto sobre superficies radiculares denudadas anchas de dientes maxilares no ha sido predecible, su uso se ha expandido. Maynard empleó 2 procedimientos, la colocación inicial de un injerto gingival libre autógeno para crear una banda de encía queratinizada seguido de un procedimiento en el cual el injerto era empujado coronalmente.⁸

En 1966, John Nabers presentó el primer informe de casos bien documentados que describen un procedimiento de injerto gingival libre autógeno.²

Dos años después, Sullivan y Atkins publicaron una serie de documentos que consideraban el fundamento clásico de la técnica de injertos gingivales libres autógenos. Ellos los utilizaron para el tratamiento de las recesiones gingivales y obtuvieron una cobertura radicular satisfactoria, solamente en los casos donde las recesiones eran poco profundas. Otros autores han usado este método y han obtenido buenos porcentajes de cobertura radicular aun en el tratamiento de recesiones que pertenecen a la clasificación de Miller III.²

En 1975, Bernimoulin describió un procedimiento de dos pasos, un injerto libre, seguido de un injerto de posicionamiento coronal para obtener la cobertura radicular.²



En 1982, Miller describió una técnica que emplea el injerto gingival libre y la aplicación del ácido cítrico para obtener la cobertura radicular. La naturaleza de la inserción a la superficie radicular es desconocida, pero el resultado parece ser constante en el sentido clínico.²

El injerto gingival libre autógeno se volvió el procedimiento más popular para el aumento gingival.¹¹

Miller obtuvo una cobertura radicular en promedio del 92.2%; 100% de cobertura en 71 de los 79 defectos clase I y II de Miller, (90%) sus resultados demuestran la capacidad de los injertos gingivales libres autógenos para producir cobertura radicular.¹²

En 1983, los injertos gingivales libres autógenos fueron probados y apoyados por Holbrook y Ochsenbeini quienes lograron una cobertura del 100% en 44% de sus casos.⁵

Ellos utilizaron injertos gingivales libres gruesos y estirados. Reportaron que en 50 dientes documentados, las recesiones de menos de 3 mm tuvieron el 95.5 % de cobertura radicular total; recesiones de 3 a 5 mm cobertura del 80.6 % y las recesiones mayores a 5 mm cobertura del 76.5 %.⁸

Borghetti y Gardella en 1990, obtuvieron 100% de cobertura radicular en 8 de los 18 (44.4%) de los defectos clase I y II de Miller. La cobertura en promedio de los 18 defectos fue del 85.3% con el uso de estos injertos.⁵



Tolmie y colaboradores en 1991 reportaron una cobertura radicular del 100% en 72.8% de los defectos clase I y II de Miller, su promedio de cobertura radicular fue de 86.7%.⁵

Jahnke y colaboradores en 1993 reportaron una cobertura radicular en promedio del 43% con los injertos gingivales libres autógenos de su estudio y el 100% de cobertura radicular en 1 de 9 casos (11.1%).⁵

Aunque este procedimiento produce cobertura radicular, varios problemas están asociados con este tratamiento, estos incluyen dolor postoperatorio del área donante en el paladar y como se mencionó antes, una discrepancia en el color entre el injerto y el tejido circunvecino, esta diferencia del color se le ha llamado apariencia como queloide.¹¹

Pasquini demostró con una evaluación histológica en humanos que un nuevo crecimiento de hueso, nuevo cemento y nueva inserción de tejido conectivo era posible con los injertos gingivales libres autógenos.¹³

Las recomendaciones para localizaciones palatinas específicas para obtener el tejido del injerto donante han variado. Soehren y colaboradores reportaron que el tejido donante palatino que se encuentre más cerca del diente es más firme y tiene menos tejido glandular. Ellos notaron que un espesor uniforme del injerto se puede obtener de distal del segundo molar y no de la porción canina o el incisivo lateral.¹³



d) Injertos de tejido conectivo

El uso de los injertos de tejido conectivo se han vuelto una parte importante de la cirugía plástica reconstructiva, estos injertos pueden usarse para aumentar la cantidad de tejido queratinizado, cubrir raíces expuestas o aumentar los defectos del reborde.²

Los injertos de tejido conectivo se usaron a inicios de los años ochenta y también diferentes procedimientos de injertos para modificar aún más esta técnica.¹

Las ventajas incluyen que el aporte sanguíneo es disponible tanto del injerto como del lecho receptor, es posible obtener y aumentar la anchura de la encía insertada en múltiples dientes, se consiguen resultados armoniosos respecto al color al tejido circundante. Por lo que recientemente muchas de las desventajas del clásico injerto gingival libre autógeno se han resuelto con el uso de un tejido conectivo subepitelial.^{1, 2, 5, 8}

A fines del decenio de 1970, Langer y Calanga utilizaron el injerto de tejido conectivo para aumentar los rebordes edéntulos dañados; en 1982 su uso se amplió para tratar superficies radiculares desnudas.²

Sin importar la cantidad de encía insertada presente, el tejido conectivo fácilmente se obtiene del paladar o de los sitios de reborde edéntulo, el injerto pediculado se obtiene del sitio inmediato apical al defecto.²

En 1979, Edel utilizó tejido conectivo tomado del paladar sin epitelio, lo que aumentó la zona de encía insertada; sin embargo la textura de la superficie fue irregular.²



En 1985, Langer y Langer describieron el injerto subepitelial de tejido conectivo. Esta técnica parece ser la más predecible para obtener la cobertura radicular, y producir un resultado más estético que el injerto gingival libre autógeno.^{2, 5, 8}

Ellos propusieron un injerto subepitelial o de tejido conectivo en combinación con un injerto coronalmente posicionado; sus resultados demostraron una excelente cobertura radicular de 2 a 6 mm.⁸

La combinación de estas dos técnicas permiten un mejor aporte sanguíneo durante la fase de cicatrización al tejido injertado, localizado en la superficie radicular al ser cubierto y aumenta la probabilidad de la supervivencia del injerto.⁸

En ese mismo año Raetzke, introdujo el injerto de tejido conectivo mediante la técnica de envelope o de sobre, reportando un recubrimiento radicular del 80%.¹⁴

En 1991, Levine utilizó la técnica de Langer y Langer con una cobertura radicular del 97% en 18 de los 20 dientes utilizados en su estudio.¹⁵

En 1994, Allen sugirió una variación de la técnica de Langer mediante el desarrollo de un abordaje en túnel para crear un lecho receptor y fijar el injerto.¹¹

Bruno, en su técnica de injerto de tejido conectivo, asegura una amplia cobertura radicular en forma de sobre.^{1, 16}



Bouchard, reportó un injerto de tejido conectivo utilizando la técnica de Langer y Langer acondicionando con ácido cítrico y sin el, realizando un estudio comparativo de los dos procedimientos.¹⁷

Más tarde en 1997 reportó un injerto de tejido conectivo combinado con injerto coronal.¹⁸

Allen en 1994, reportó injertos de pedículo, injertos de envelope o de sobre supraperiosticos e injertos de tejido conectivo, con una cobertura promedio del 84% en recesiones ligeras, moderadas y profundas.¹⁹

Las observaciones longitudinales y los estudios de casos han demostrado un alto índice de éxito y de predicibilidad, el razonamiento de usar los injertos de tejido subepiteliales de tejido conectivo, ha sido que esta técnica combina las ventajas del injerto gingival libre autógeno y el injerto de pedículo.²

Harris demostró áreas de regeneración, con nuevo hueso, cemento e inserción de tejido conectivo en el margen gingival original. El reporte de este caso confirma que la regeneración es posible con injertos subepiteliales.²⁰

La evaluación histológica de la cobertura radicular obtenida por el injerto de tejido conectivo con injerto de doble pedículo de espesor parcial, reportó una cobertura del 100%.²⁰

Los injertos de tejido conectivo se pueden usar con un injerto pediculado, de doble papila o de reposición lateral, formándose un injerto de tejido conectivo subpediculado.¹



2. Recubrimientos radiculares

Como se menciona antes, las principales indicaciones para los procedimientos de cobertura radicular son solicitudes estéticas y/o cosméticas, seguidas por el manejo de la hipersensibilidad radicular, lesiones de caries poco profundas, y abrasiones cervicales.²

Por tanto, el recubrimiento radicular quirúrgico se puede conseguir mediante varias técnicas, incluyendo los injertos gingivales pediculados, los injertos gingivales libres autógenos y los injertos de tejido conectivo. También se puede utilizar la regeneración tisular guiada.¹

Por lo cual, recientemente el concepto de regeneración tisular guiada se ha aplicado en el tratamiento de las recesiones gingivales con alentadores resultados, también se han aclamado el uso de barreras como membranas en dichos defectos, lo que lleva a la formación de alguna inserción de tejido conectivo.²¹

Hasta la actualidad se han utilizado membranas absorbibles y no absorbibles, y éstas en combinación con injertos pediculados con muy buenos resultados.¹

3. Cirugía de frenillo

El frenillo es un pliegue de membrana mucosa por lo regular con fibras musculares encerradas que inserta los labios y carrillos a la mucosa alveolar, a la encía o a ambos y al periostio subyacente.⁵

El frenillo labial es la membrana mucosa que conecta el labio con el proceso alveolar en la línea media del maxilar o la mandíbula.³



El frenillo lingual es la membrana mucosa que conecta la lengua con el piso de boca y el proceso alveolar mandibular.³

Un frenillo se convierte en problema si su inserción está demasiado cerca de la encía marginal. Un frenillo anormal es una inserción aberrante en labial, bucal o lingual capaz de retraer el margen gingival, creando diastemas y limitando los movimientos labiales y linguales.³ Puede jalar la encía saludable y facilitar la acumulación de irritantes; puede levantar la pared de una bolsa periodontal y agravarla o interferir con la cicatrización postratamiento; puede evitar la adaptación de la encía, conducir a la formación de bolsa e inhibir el cepillado adecuado de los dientes.⁵

Los dos procedimientos quirúrgicos que se utilizan para la reubicación de la inserción del frenillo, para crear una zona de encía insertada entre el margen gingival y el frenillo, son: la frenectomía y la frenotomía.⁵

Por lo cual, La frenectomía es una eliminación total del frenillo; incluye su inserción al hueso subyacente como la que se requiere para corregir un diastema anormal entre los incisivos centrales superiores. Y la frenotomía es sólo la incisión del frenillo, para su reubicación.⁵



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente en la Clínica de Periodoncia del Departamento de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM, no se han realizado estudios de frecuencia de procedimientos y tipos de cirugías mucogingivales, por lo tanto, se realizó el siguiente planteamiento:

¿Cuáles son los procedimientos y tipos de cirugías mucogingivales más comunes que se realizaron en la División de Estudios de Posgrado e Investigación durante el período de febrero del 2000 a noviembre del 2002?



4. JUSTIFICACIÓN

La investigación es conveniente desde el punto de vista epidemiológico y contribuirá a la aportación de datos estadísticos referentes a los tratamientos mucogingivales realizados, ya que dentro del Departamento de Periodoncia de la División de Estudios de Posgrado e Investigación hasta hoy, no existen datos estadísticos referentes a los procedimientos mucogingivales que han sido realizados.

Es importante establecer su frecuencia, ya que con los resultados obtenidos se podrán reorientar las necesidades de atención en la clínica, en relación con los procedimientos mucogingivales.



5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia de los procedimientos y tipos de cirugías mucogingivales que recibieron los pacientes de la Clínica de Periodoncia de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, durante el período de febrero del 2000 a noviembre del 2002.



5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar la frecuencia de los procedimientos mucogingivales reportado en el expediente clínico de los pacientes.
- Determinar la frecuencia del tipo de cirugía mucogingival realizado en el paciente.
- Determinar la relación del diagnóstico y tratamiento reportado en el expediente clínico de los pacientes que recibieron algún tipo de procedimiento mucogingival.
- Determinar la distribución de la edad y sexo reportado en el expediente clínico de los pacientes que recibieron algún tipo de procedimiento mucogingival.
- Determinar la distribución del estado civil reportado en el expediente clínico de los pacientes que recibieron algún tipo de procedimiento mucogingival.
- Determinar la frecuencia del estudio radiográfico reportado en el expediente clínico de los pacientes que recibieron algún tipo de procedimiento mucogingival.
- Determinar la frecuencia de la realización de controles de placa dentobacteriana reportado en el expediente clínico de los pacientes que recibieron algún tipo de procedimiento mucogingival.



6. METODOLOGÍA

6.1. Materiales y Métodos

Se revisaron 1083 expedientes clínicos de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología de la UNAM, del período de febrero del 2000 a noviembre del 2002 de los cuales se seleccionaron los que reportaron haber tenido algún tipo de procedimiento mucogingival.

6.2. Tipo de Estudio

Por las características presentadas, este estudio se considera de tipo retrospectivo, observacional, transversal.



6.3. Población de estudio

Pacientes que solicitaron atención en la especialidad de Periodoncia de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM, elaborándose un expediente clínico, en el periodo de febrero del 2000 a noviembre del 2002.

6.4. Muestra

Se seleccionaron todos los expedientes clínicos de los pacientes, que corresponden al periodo de febrero del 2000 a noviembre del 2002, que asistieron a la Clínica de Periodoncia de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM, que reportaron haber realizado algún tipo de procedimiento mucogingival, siendo un número de 98 expedientes, más 18 que reportaron el diagnóstico de problemas mucogingivales y/o recesiones gingivales sin haber recibido ningún tipo de procedimiento mucogingival, siendo un total de 116 expedientes.



6.5. Criterios de Inclusión

- Expedientes clínicos del período de febrero del 2000 a noviembre del 2002, los cuales reportaron como tratamiento: injerto desplazado lateral, injerto desplazado apical, injerto desplazado coronal, injerto gingival libre autógeno (injerto libre), injerto de tejido conectivo (injerto subepitelial), injerto de doble papila, cirugía de frenillo (frenilectomía).
- Pacientes de cualquier edad.
- Pacientes de cualquier género.
- Pacientes de cualquier estado civil.

6.5. Criterios de Exclusión

- Expedientes clínicos que no corresponden al período de febrero del 2000 a noviembre del 2002.
- Expedientes que reportaron tratamiento distinto al de los de criterios de inclusión



6.6. VARIABLES

Definición operacional de las variables

Edad.

Se tomó en cuenta la edad en años cumplidos reportada en el expediente clínico al día de la entrevista.

Escala de medición (razón)

Género.

Masculino y Femenino.

Escala de medición (nominal)

Estado civil.

Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.

Escala de medición (nominal)



Diagnóstico.

Se tomó como tal el reportado en el expediente clínico.

Escala de medición (nominal)

Tratamiento.

Se tomó como tal el reportado en el expediente clínico.

Escala de medición (nominal)



Definición conceptual de las variables

Diagnóstico.

Evaluación científica de las condiciones existentes en un paciente, ésta tiene por objeto interpretar y evaluar los datos y síntomas recogidos en el examen, distinguiendo en el paciente el estado de salud o enfermedad en que se encuentra, y en el último caso, su carácter y nombre.²²

Tratamiento.

Conjunto de procedimientos de cualquier índole, que sea arbitrado para la curación o alivio de una enfermedad.²²

Injerto Pediculado

Injerto de tejido unido con su origen por un tallo para conservar su irrigación original.⁴

Injerto Desplazado Lateral

Injerto o tejido que cubre superficies radiculares denudadas por un defecto gingival, se desplaza lateralmente u horizontalmente.⁶



Injerto Desplazado Apical

Injertos que se dirigen hacia la porción apical del diente, se emplean cuando hay que remodelar el hueso y en tratamientos de ortodoncia, cuando se requiere de la erupción dental con todo y su enclía y exploraciones en perforaciones de endodoncia.⁶

Injerto Desplazado Coronal

Injertos que se realizan hacia la corona usualmente para la cobertura de recesiones radiculares.²³

Injertos Gingivales Libres Autógenos (injerto libre)

Injertos que se utilizan para la cobertura de raíces expuestas y para incrementar la anchura de la enclía queratinizada.^{1, 6}

Injertos de Tejido Conectivo (subepitelial)

Son injertos que se emplean para la cobertura de raíces expuestas y para el aumento de reborde, es decir para aumentar la anchura de la enclía insertada.¹¹

Injertos de Doble Papila

Son injertos que restauran las zonas de enclía insertada y tratar las raíces denudadas por defectos gingivales aislados con un injerto formado por la unión de dos papilas interdentes.^{3, 6}



Cirugía de frenillo

Comprende básicamente a la frenectomía y frenotomía. Que es la eliminación total del frenillo; incluye su inserción al hueso adyacente, especialmente en anquiloglosia o puede ser sólo la incisión del frenillo para la reubicación de la inserción.⁵

Edad.

Se define como el tiempo transcurrido desde el nacimiento, expresándose según los años de vida del individuo.²²

Género.

Categoría en que queda inscripto un individuo por causa de su sexo, siendo este, masculino y femenino.²²

Estado civil.

Cada una de las condiciones en que pueden encontrarse los individuos, en relación con la sociedad.²²



Frecuencia.

Número de acontecimientos durante un período determinado, se puede representar por día, mes y año.²²

Media.

Es el valor promedio; valor numérico intermedio entre dos extremos.²²

Desviación estándar.

Medida de dispersión que indica el valor promedio de los valores que se apartan de la media.²²

Porcentaje.

Una proporción o porción por ciento. Es la razón multiplicada por 100, que así se expresa como comparación con 100.²²



6.6.1. Variable Independiente

Diagnóstico.

Escala de medición (nominal)

6.6.2. Variable Dependiente

Tipo de procedimiento mucogingival; injerto desplazado lateral, injerto desplazado apical, injerto desplazado coronal, injerto gingival libre autógeno (injerto libre), injerto de tejido conectivo (subepitelial), injerto de doble papila, cirugía de frenillo (frenilectomía).

Escala de medición (razón)



6.7. Análisis de la información y tratamiento estadístico de los datos

La información obtenida de los expedientes clínicos fue capturada en una base de datos elaborada en el programa Excel, donde posteriormente, se reportaron porcentajes para las variables género, estado civil, toma de radiografías, control de placa dentobacteriana, diagnóstico y tratamiento.

Para la variable edad se reportó promedio y desviación estándar.

Luego, se recolectaron los datos en tablas y gráficas, se organizaron y analizaron por medio de estadística descriptiva para obtener los resultados.

6.8. Métodos de recolección de los datos

Se realizó una revisión de expedientes clínicos, de pacientes que solicitaron atención en la especialidad de Periodoncia de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM durante el período de febrero del 2000 a noviembre del 2002. De estos se seleccionaron todos los expedientes clínicos de los pacientes que reportaron haber realizado algún tipo de procedimiento mucogingival, siendo un número de 98 expedientes, más 18 que reportaron el diagnóstico de problemas mucogingivales y/o recesiones gingivales sin haber recibido ningún tipo de procedimiento mucogingival, siendo un total de 116 expedientes.



7. RESULTADOS

La información fue presentada en tablas y gráficas para su mejor análisis, es importante hacer mención que los expedientes clínicos fueron llenados por alumnos que cursaron la especialidad de Periodoncia en la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, durante el período de febrero del 2000 a noviembre del 2002.

Para la presente investigación se revisó un total de 1083 expedientes clínicos, de los cuales sólo 98 reportaron la variable objeto de estudio, que es algún tipo de procedimiento mucogingival, más 18 que reportaron el diagnóstico de problemas mucogingivales y/o recesiones gingivales sin haber recibido ningún tipo de procedimiento mucogingival, siendo un total de 116 expedientes.



De la distribución por género de los 116 expedientes clínicos, 42 correspondieron al género masculino y 74 al género femenino (Ver tabla 1 y gráfica 1),

Tabla 1.

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS EXPEDIENTES DE LA CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA DEPEI DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM. 2000-2002.*	
GÉNERO	NÚMERO DE EXPEDIENTES
MASCULINO	42
FEMENINO	74
TOTAL	116

*Fuente DEPEI (Depto. Periodoncia)

Gráfica 1.



*Fuente DEPEI (Depto. Periodoncia)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



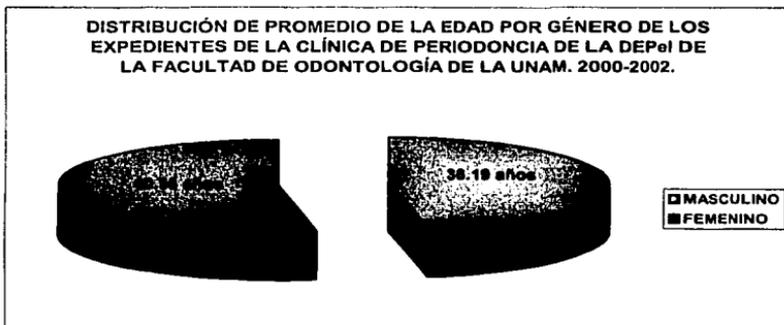
El promedio de edad para el género masculino fue 36.19 años, con una desviación estándar de 19 años, y para el género femenino, un promedio de edad de 40.56 años de edad, con una desviación estándar de 13.63 años. Cabe hacer mención de que el paciente de menor edad del género masculino que recibió atención, fue de 7 años y el de mayor edad fue de 87 años, mientras que para el género femenino, la edad mínima fue de 12 años y la máxima de 75 años de edad (Ver tabla 2 y gráfica 2).

Tabla 2.

DISTRIBUCIÓN DEL PROMEDIO DE LA EDAD POR GÉNERO DE LOS EXPEDIENTES DE LA CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA DEPEI DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM. 2000-2002.*					
GÉNERO	\bar{x}	+ - 1 ds	RANGO	MÍNIMO	MÁXIMO
MASCULINO	36.19	19.00	80	7	87
FEMENINO	40.56	13.63	63	12	75

*Fuente DEPEI (Depto. Periodoncia)

Gráfica 2.



*Fuente DEPEI (Depto. Periodoncia)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Se determinó la distribución porcentual del estado civil por género, correspondiendo al masculino el 57.14 % soltero, el 33.33 % casado, el 2.40 % viudo, el 4.76% divorciado y sólo el 2.40 % no lo reporto, o no fue consignado en el expediente clínico (Ver tabla 3).

Tabla 3.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ESTADO CIVIL POR GÉNERO MASCULINO DE LOS EXPEDIENTES DE CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA DEPEI DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM, 2000-2002.*		
ESTADO CIVIL	NÚMERO DE EXPEDIENTES	PORCENTAJE
SOLTERO	24	57.14
CASADO	14	33.33
VIUDO	1	2.40
DIVORCIADO	2	4.76
SEPARADO	0	0.00
UNIÓN LIBRE	0	0.00
NO REPORTADO	1	2.40
TOTAL	42	100

*Fuente DEPEI (Depto. Periodoncia)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Con respecto al género femenino, la información obtenida fue la siguiente: soltera el 35.13 %, casada 44.60 %, viuda el 6.76 %, divorciada el 6.76 %, separada el 1.35 %, unión libre 2.70 % y no reportada o no consignada en el expediente clínico el 2.70 % (Ver tabla 4).

Tabla 4.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ESTADO CIVIL POR GÉNERO FEMENINO DE LOS EXPEDIENTES DE CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA DEPEI DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM: 2000-2002 *		
ESTADO CIVIL	NÚMERO DE EXPEDIENTES	PORCENTAJE
SOLTERA	26	35.13
CASADA	33	44.60
VIUDA	5	6.76
DIVORCIADA	5	6.76
SEPARADA	1	1.35
UNIÓN LIBRE	2	2.70
NO REPORTADO	2	2.70
TOTAL	74	100

*Fuente DEPEI (Dpto. Periodoncia)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



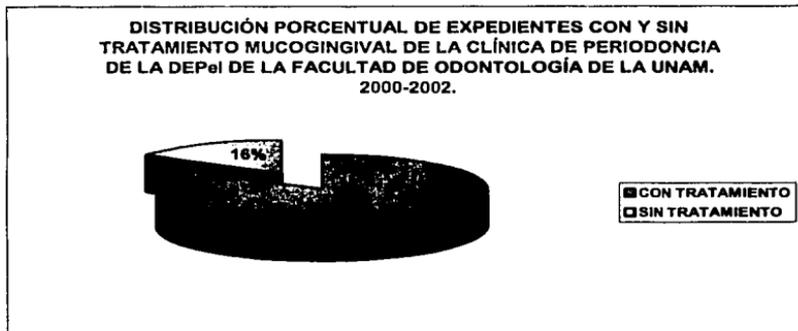
De los 116 expedientes clínicos revisados, encontramos lo siguiente: 98 de estos reportaron que el paciente fue sometido a algún tipo de procedimiento mucogingival, habiendo o no sido diagnosticado con problemas mucogingivales y/o recesiones gingivales, mientras que 18 expedientes reportaron el diagnóstico antes mencionado sin haber recibido ningún tipo de procedimiento mucogingival, esto pudo deberse a que el paciente no continuó con su tratamiento (Ver tabla 5 y gráfica 3).

Tabla 5.

DISTRIBUCIÓN TOTAL DE EXPEDIENTES CON Y SIN TRATAMIENTO MUCOGINGIVAL DE LA CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA DEPeI DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM. 2000-2002.*	
	NÚMERO DE EXPEDIENTES
CON TRATAMIENTO	98
SIN TRATAMIENTO	18
TOTAL	116

*Fuente DEPeI (Dopto. Periodancia)

Gráfica 3.



*Fuente DEPeI (Dopto. Periodancia)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



La frecuencia que se encontró de los pacientes que fueron diagnosticados con problemas mucogingivales y/o recesiones gingivales, y recibieron algún tipo de procedimiento mucogingival fue un total de 28 pacientes, llama la atención que 70 pacientes no fueron diagnosticados o no tuvieron un diagnóstico de problemas mucogingivales y/o recesiones gingivales, pero sí fueron sometidos a algún tipo de procedimiento mucogingival. Esto pudo deberse a que algunos pacientes sólo fueron diagnosticados con algún tipo de periodontitis y/o gingivitis, o algún otro diagnóstico periodontal y no se llevo a cabo un segundo diagnóstico de problemas mucogingivales y/o recesiones gingivales, o también pudo deberse a que el problema mucogingival fue consecuencia del procedimiento periodontal, pero es importante hacer notar que ni una ni otra opción fue registrada en el expediente clínico. Por ultimo se tuvo que 18 pacientes sí fueron diagnosticados con problemas mucogingivales y/o recesiones gingivales pero no recibieron ningún tipo de procedimiento mucogingival, esto pudo deberse a que el paciente no continuo con su tratamiento (Ver *tabla 6 y grafica 4*).

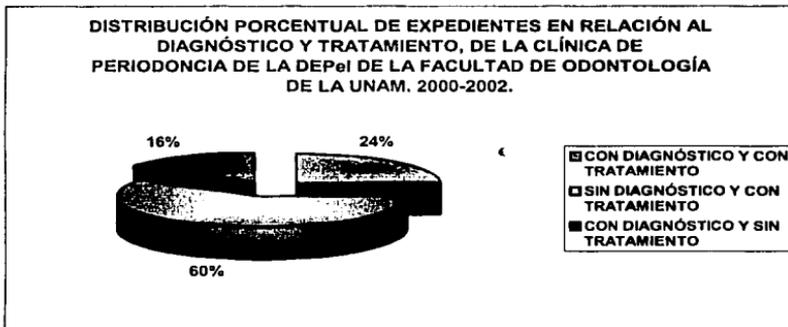


Tabla 6.

DISTRIBUCIÓN TOTAL DE EXPEDIENTES CON DIAGNÓSTICO Y CON TRATAMIENTO, SIN DIAGNÓSTICO Y CON TRATAMIENTO, CON DIAGNÓSTICO Y SIN TRATAMIENTO MUCOGINGIVAL DE LA CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA DEPeI DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM. 2000-2002.*	
	NÚMERO DE EXPEDIENTES
CON DIAGNÓSTICO Y CON TRATAMIENTO	28
SIN DIAGNÓSTICO Y CON TRATAMIENTO	70
CON DIAGNÓSTICO Y SIN TRATAMIENTO	18
TOTAL	116

*Fuente DEPeI (Depto. Periodoncia)

Grafica 4.



*Fuente DEPeI (Depto. Periodoncia)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



El tipo de procedimiento mucogingival que se reportó en los 98 expedientes clínicos de la especialidad de Periodoncia, fue el siguiente: 38 tratamientos con injerto gingival libre autógeno, donde el alumno sólo lo reporto como injerto libre, 47 con injerto de tejido conectivo o subepitelial, 11 con injerto desplazado lateral, 20 con injerto desplazado coronal, 10 con injerto desplazado apical, 1 con injerto de doble papila, 21 con cirugía de frenillo, donde el alumno la reporto como frenilectomía, 7 con injerto de tejido conectivo combinado con injerto desplazado coronal, 2 con injerto de tejido conectivo combinado con injerto desplazado lateral, lo que nos dio un total de 157 procedimientos realizados por los alumnos de la especialidad de Periodoncia, durante el periodo 2000-2002. Es preciso mencionar que algunos pacientes recibieron más de un procedimiento mucogingival. (Ver *tabla 7 y gráfica 5*).



Tabla 7.

DISTRIBUCIÓN DE 98 EXPEDIENTES CON 187 TRATAMIENTOS DE ACUERDO AL TIPO DE PROCEDIMIENTO MUCOCAINIVAL REALIZADO EN LA CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA DEPN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM. 2000-2002*	
PROCEDIMIENTO	NÚMERO DE TRATAMIENTOS
Injerto libre	38
Injerto de tejido conectivo o subepitelial	47
Injerto desplazado lateral	11
Injerto desplazado coronal	20
Injerto desplazado apical	10
Injerto de doble papila	1
Cirugía de frenillo	21
Injerto de tejido conectivo combinado con injerto desplazado coronal	7
Injerto de tejido conectivo combinado con injerto desplazado lateral	2
TOTAL	157

*Fuente DEPeI (Depto. Periodoncia)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Gráfica 5.



*Fuente DEPol (Dpto. Periodoncia)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



La distribución de expedientes de acuerdo al número de controles de placa dentobacteriana, fue el siguiente: 31 expedientes con ningún control de placa dentobacteriana, 31 con uno, 29 con dos, y 25 expedientes con tres controles de placa dentobacteriana (Ver tabla 8).

Tabla 8.

DISTRIBUCIÓN DE EXPEDIENTES DE ACUERDO AL NÚMERO DE CONTROLES DE PLACA DENTOBACTERIANA REALIZADOS EN LA CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA DEPEI DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM. 2000-2002.*	
CONTROLES DE PLACA	NÚMERO DE EXPEDIENTES
0	31
1	31
2	29
3	25
TOTAL	116

*Fuente DEPEI (Deplo. Periodoncia)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Con relación al estudio radiográfico, 66 expedientes reportaron serie radiográfica, 40 sin radiografías, 7 reportaron serie y radiografía panorámica, 2 sólo la radiografía panorámica y 1 expediente reportó sólo una radiografía periapical (Ver tabla 9).

Tabla 9.

DISTRIBUCIÓN DE EXPEDIENTES DE ACUERDO AL TIPO DE ESTUDIO RADIOGRÁFICO REALIZADO AL PACIENTE EN LA CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA DEPEI DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM. 2000-2002 *	
TIPO DE ESTUDIO RADIOGRÁFICO	NÚMERO DE EXPEDIENTES
PANORAMICA	2
SERIE	66
PANORAMICA Y SERIE	7
PERIAPICAL INDIVIDUAL	1
SIN RADIOGRAFÍAS	40
TOTAL	116

*Fuente DEPEI (Depto. Periodoncia)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



8. DISCUSIÓN

El protocolo periodontal es una parte indispensable del tratamiento odontológico, por lo cual la atención de un paciente en periodoncia debe llevar la siguiente secuencia: Fase I o etapa no quirúrgica, que tiene como finalidad eliminar la inflamación gingival y controlar lo que la causa. Esto se realiza mediante tres controles de placa dentobacteriana como mínimo, instrucción al paciente sobre su higiene bucal, eliminación de cálculo, pulido dental, alisado radicular, restauración de las zonas cariosas y la corrección de las restauraciones presentes, ajuste oclusal, ferulización provisional si es necesario, sondeo y toma de serie radiográfica. La fase II o etapa quirúrgica, la cual comprende a la cirugía periodontal, incluyendo la colocación de implantes. Por último la fase III o etapa de mantenimiento, que incluye revisión periódica del paciente, controles de placa dentobacteriana, eliminación de cálculo y alisado radicular, si es necesario.^{4, 5}

De acuerdo con lo antes mencionado, fue factible detectar que posiblemente hubo un descuido en la realización y revisión del expediente clínico, viéndose esto reflejado, en que no todos los pacientes fueron sometidos al estudio radiográfico, el cual consiste en la toma de una serie de radiografías periapicales, siendo este uno de los auxiliares de diagnóstico indispensable para poder corroborar el diagnóstico periodontal, y también en que no todos los pacientes cumplieron con los controles de placa dentobacteriana, antes de ser sometidos a una fase quirúrgica.

Es muy importante hacer mención que de los 116 expedientes clínicos que fueron revisados, existe error en algunos de ellos, esto en cuanto a la forma del llenado, ya que en la sección referente al diagnóstico, el alumno sólo colocó en algunos casos, que el paciente fue remitido de otro servicio.



Así mismo, algunos diagnósticos no corresponden con el tratamiento realizado, ni algunos de los tratamientos corresponden al diagnóstico establecido.

También se encontró, que varios de los pacientes recibieron algún tipo de procedimiento mucogingival, sin tener el diagnóstico de problemas mucogingivales y/o recesiones gingivales, y otros que sí tenían el diagnóstico antes mencionado, pero sin haber recibido ningún tipo de procedimiento mucogingival.



9. CONCLUSIONES

Con base a los resultados descritos en la sección anterior podemos concluir los siguientes puntos:

La frecuencia de los procedimientos de cirugía mucogingival más utilizados en la Clínica de Periodoncia de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, durante el período de febrero del 2000 a noviembre del 2002, en una revisión de 116 expedientes, con un total de 157 tratamientos, fueron los injertos de tejido conectivo, seguidos del injerto gingival libre autógeno (injerto libre).

Por lo tanto, el uso de los injertos de tejido conectivo son una parte importante de la cirugía mucogingival, éstos probablemente fueron los más numerosos por las ventajas que incluyen, sólo por mencionar algunas: el aporte sanguíneo esta disponible tanto en el injerto como en el lecho receptor del injerto; es posible obtener y aumentar la anchura de la encía insertada en múltiples dientes; se logra cobertura radicular en recesiones múltiples y se consiguen resultados armoniosos respecto al color del tejido circundante.

En cuanto a los injertos gingivales libres autógenos (injerto libre), estos también pueden ser aplicables para recesiones en múltiples dientes, pero la armonía del color con el tejido circundante es deficiente, ya que el tejido del paladar es más claro y grueso, lo anterior podría ser una de las causas por las que el injerto de tejido conectivo fue más utilizado durante este período.



La cirugía de frenillo fue otro procedimiento que se reportó como frecuente, después de los antes mencionados, se eliminaron entonces inserciones aberrantes que podrían crear recesiones o bien, detenerlas.

Los injertos desplazados coronales, no tuvieron una mayor frecuencia en cuanto a su uso, probablemente por sus limitadas indicaciones, en el tratamiento de recesiones localizadas.

Los procedimientos de injerto desplazado lateral, injerto desplazado apical, injerto de doble papila e injertos combinados, como injertos de tejido conectivo con injerto desplazado coronal y combinado con injerto desplazado lateral, fueron procedimientos que se realizaron en menor cantidad.

Es probable que el número de procedimientos mucogingivales realizados, durante el período de febrero del 2000 a noviembre del 2002 sea bajo, pero hay que recordar que la periodoncia al igual que otras especialidades, están constantemente cambiando las formas de tratamiento y en determinado momento el procedimiento que está a la vanguardia se realiza con más frecuencia.



10. RECOMENDACIONES

Es importante anexar en el expediente clínico un espacio mayor para la sección del diagnóstico, ya que un mismo paciente puede tener dos o más, o bien la realización de un segundo diagnóstico, ya que pueden surgir consecuencias después de un tratamiento periodontal, tal es el caso de recesiones gingivales y/o falta de encía insertada, cuyo diagnóstico sería diferente al primero.

Es esencial que el académico no pierda su visión clínica de otras opciones preexistentes en cuanto a tratamiento se refiere, para que de este modo, el perfil del egresado de la especialidad de periodoncia, este acorde con lo que la población demanda y no sólo realice algunos de ellos.

Se sugiere mayor interés en el llenado del expediente por parte del residente y de su revisión por parte del académico, para que a futuro los datos que de éste se obtengan, sigan apoyando estudios epidemiológicos, con bases más confiables en cuanto a la historia natural de la enfermedad periodontal.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Naoshi S., *Periodontal Surgery A Clinical Atlas*, Quintessence, 2000. pp. 81-125, 335-436.
- 2.- Koerner K., Allen P., *Clinicas Odontológicas de Norteamérica*, Interamericana, 1993, pp. 209-227.
- 3.- American Academy of Periodontology, *Glossary of Periodontic Terms*. Chicago Illinois, AA of P., 4 th edition 2001. pp. 19, 20, 44, 49.
- 4.- Lindhe J., *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*, 2ª edición. Médica Panamericana 2000. pp. 556-594, 794.
- 5.- Carranza FA, Newman MG. *Periodontología Clínica*, 8ª Edición, México: McGraw-Hill Interamericana; 1998. pp. 246, 716-717, 921.
- 6.- Genco G C, *Periodoncia*, Editorial Interamericana, 1993. pp. 891-895
- 7.- Paulo, "The Use of Free Gingival Grafts for Aesthetic Purposes", *Periodontol 2000*: 2001:27:72-96.
- 8.- Langer, B., Langer, "Subepithelial Connective Tissue Graft Technique for Root Coverage", *J. Periodontol*: 1985:56:715-720.
- 9.- Harris y Harris. "Comparison of 2 Techniques of Subepithelial Connective Tissue Graft in the Treatment of Gingival Recessions", *J. Periodontol* 2001:72: 1470-1476.



- 10.- Vincent J., Tackas, "Western Society of Periodontics, Root Coverage Techniques: A Review":1995:1:789-802.
- 11.- Vandersall D., *Clínicas Odontológicas de Norteamérica*, Interamericana, 1998, pp. 467-475.
- 12.- Miller P.D., "Classification of Marginal Tissue Recession", *Periodontics Restorative Dent*: 1985:5:9-13.
- 13.- Pasquinelli KL., "The Histology of the Attachment Utilizing a Thick Autogenous Soft Tissue Graft in an Area of Deep Recession", *Int. J. Periodontics Restorative Dent*: 1995:15:248-457.
- 14.-Raetzke, P.B., "Covering Localized Areas of Root Exposure Employing the Envelope Technique", *J. Periodontol*: 1985:56:397-402.
- 15.- Levine R.A. "Covering Denuded Maxillary Root Surfaces With the Subepithelial Connective Tissue Graft": 1991:12:568-578.
- 16.- Bruno JF., "Connective Tissue Graft Technique Assuring Wide Root Coverage", *Int. J. Periodontics Restorative Dent*: 1994:14:127-137.
- 17.- Bouchard, P., Etienne, D., Ouhayoun, "Subepithelial Connective Tissue Grafts in the Treatment of Gingival Recessions: A Comparative Study of 2 Procedures", *J. Periodontol*: 1994:65:929-936.



- 18.- Bouchard, "Creeping Attachment Associated With the Connective Tissue With Partial - Thickness Double Pedicle Graft", J. Periodontol: 1997:68:890-899.
- 19.- Allen A.L. "Use of the Supraperiosteal Envelope in Soft Tissue Grafting for Root Coverage. Clinical results", J. Periodontics Restorative Dent: 1994:65: 448-461.
- 20.- Harris J. R., "The Connective and Partial Thickness Double Pedicle Graft: A Predictable Method of Obtaining Root Coverage", J. Periodontol: 1992:63:477-486.
- 21.- Alireza H., "Mucogingival Surgical Procedures: A review of the literature", Quintessence Int: 1999:30:475-483.
- 22.- Friedenthal, *Diccionario de odontología*, 2ª edición, editorial medica panamericana, 1996. pp. 260, 398, 579, 739.
- 23.- Shluger S., *Enfermedad Periodontal.*, Editorial continental, México 1990. pp. 614-620.