



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

ALARGAMIENTO CORONARIO POR MOTIVOS ESTETICOS A TRAVES DE LA TECNICA DE GINGIVECTOMIA A BISEL INTERNO Y EXTERNO EN LA CLINICA MULTIDISCIPLINARIA BENITO JUAREZ, EN EL PERIODO 2003-2004.
INFORME DE UN CASO CLINICO.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A
YANIRA CABRERA GARCIA

DIRECTOR: C.D. ENRIQUE PEREZ GUARNEROS



ABRIL DEL 2005.

m343099



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

A DIOS:

Por la oportunidad de existir y darme el regalo más hermoso al nacer: mi familia.

A MIS PADRES:

C.D. EULALIO CABRERA ZAMORA

Mil gracias por tu amor y consejos que me han servido para ser una mejor persona y profesionista pero sobre todo gracias por darme el ejemplo de cumplir mis metas por mas difíciles que sean de alcanzar.

SRA.GRACIELA GARCIA ROSALES

Mamita a ti te debo mas que mi vida, gracias por confiar en mi te debía esta tesis es tuya .

A MIS HERMANAS:

LIC. EN ESTOMATOLOGÍA :ERIKA CABRERA GARCIA

Gracias por demostrarme que cuando se quiere algo se logra aunque eso cueste muchos sacrificios.

C.D. ALICIA CABRERA GARCIA

Gracias por ser mas que mi hermana, a ti te debo mucho de lo que he logrado has sido un gran ejemplo demostrándome que el estudio nunca se termina

A mi compañero de vida:

MARCO ANTONIO HERNÁNDEZ SALAZAR

Por llegar a mi vida en el momento más oportuno. Gracias amor por compartir tu vida con migo e iniciar un nuevo camino juntos.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: YANIRA CABRERA GRACIA

FECHA: 17/04/05

FIRMA: [Firma]

HONORABLE JURADO:

C.D. MIRELLA MARTÍNEZ GRACIDA Y PEREA
C.D. ENRIQUE PÉREZ GUARNEROS
C.D. SALOMÓN CABALLERO TREJO
C.D. JORGE CURIEL VELÁSQUEZ
C.D. JOSÉ GRACIA RAMÍREZ

ÍNDICE

Contenido	Página
Introducción.....	1
Justificación.....	2
Planteamiento del Problema.....	3
Marco Teórico.....	4
Objetivos.....	30
Metodología.....	31
Recursos.....	32
Presentación del Caso Clínico.....	33
Conclusiones.....	52
Propuestas.....	53
Referencias Bibliográficas.....	54

INTRODUCCIÓN

El alargamiento coronario es en la actualidad útil para dar soluciones a los problemas que se presentan en la consulta del Cirujano Dentista de práctica general ya sea por motivos periodontales, restauradores o estéticos.

La cirugía del alargamiento de corona puede parecer una simple eliminación de tejido blando y duro para lograr la exposición dental que se desea, esta eliminación de tejido se basa en los principios biológicos estrictos como: Tener en cuenta el concepto dinámico de los tejidos periodontales; (encía marginal, surco gingival, epitelio de unión, tejido conectivo supra alveolar y cresta ósea alveolar), ya que al no usar técnicas de alargamiento de corona cuando se necesitan pueden llevar a una fractura radicular, falta de ajuste de una restauración, caries recurrente, gingivitis crónica y periodontitis.

Cuando se evalúa un posible alargamiento coronario, se debe realizar el diagnóstico y plan de tratamiento integral a partir del cual se valora la importancia de un diente específico. En algunos casos no existe corona clínica, ni anatómica y de lo que se trata es obtener una mayor exposición de estructura radicular.

De todos los procedimientos quirúrgicos, el aumento de la corona clínica es el más utilizado, también es el procedimiento donde el odontólogo ha presentado dificultades para indicar correctamente la técnica, demostrando que interpreta erróneamente sus principios y objetivos.

La forma de comprender la técnica y sus indicaciones es relacionándola a los conocimientos sobre el espacio biológico. La relación entre esta técnica y esa área anatómica del periodonto es tan estrecha que el nombre apropiado puede ser "restablecimiento del espacio biológico" como ha sido sugerido por los periodoncistas. Para evitar que los procedimientos protésicos sean profundizados en dirección al periodonto de soporte (ligamento periodontal y cresta ósea), tornándose factores iatrogénicos, esta técnica, restablece quirúrgicamente un espacio apropiado entre la encía marginal y la cresta ósea. Al mismo tiempo que se reposiciona apicalmente el margen de la encía, aumentando la corona clínica.

JUSTIFICACIÓN

El alargamiento coronario debe ser utilizado por el Cirujano Dentista de práctica general en tratamientos periodontales (hipertrofia gingival), corona clínica muy corta o ausencia total, erupción pasiva tardía, supraerupción por falta de antagonista, dientes fracturados, caries, reabsorción subgingival, perforación radicular, atrición severa, sonrisa gingival y asimetría gingival, ya que afecta a un gran número de pacientes. Hoy en día el odontólogo no solo debe eliminar la enfermedad periodontal, sino mejorar la función y la estética; de modo que la calidad de vida del paciente pueda asegurarse mediante la salud periodontal. Buscando óptimos resultados, incluyendo la regeneración del tejido periodontal perdido por la enfermedad, el establecimiento de una dentición funcional y estable, la creación de un entorno periodontal que se puede mantener fácilmente y la mejora estética. En esta investigación el enfoque a uno de ellos, es el alargamiento coronario por gingivectomía con fines estéticos para emplear las múltiples opciones de la cirugía periodontal y técnicas básicas que pueden conseguir estas metas y promover un resultado clínico; es por esto que nace el interés del tema.¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En recientes estudios realizados en España y Latinoamérica se observó que el alargamiento coronario con finalidad estética es una opción más para el clínico; ya que se respeta el espacio biológico siendo este muy importante para evitar el mal control de placa dentobacteriana, inflamación marginal gingival(hiperplasia) y una reabsorción del hueso alveolar (periodontitis iatrogénica).¹⁻²

Hoy en día el alargamiento de corona es muy frecuente por sus óptimos resultados estéticos y funcionales; es por eso que nos planteamos la siguiente problemática:

¿Cuál es la importancia, características y aplicación en el proceso de un caso clínico del alargamiento de corona por motivos estéticos a través de la técnica de gingivectomía a bisel interno y externo en la clínica multidisciplinaria Benito Juárez en el periodo 2003-2004?

MARCO TEÓRICO

CONSIDERACIONES BÁSICAS

Las consideraciones anatómicas y los fundamentos biológicos son necesarios para todo Cirujano Dentista de practica general que desee tomar decisiones clínicas en la práctica de alargamiento coronario.

A. BASES BIOLÓGICAS

Se debe tener en cuenta el concepto dinámico de los tejidos periodontales (encía marginal, surco-gingival, epitelio de unión tejido conectivo supraalveolar, cresta ósea alveolar) y a su vez relacionar cada una de ellas con 3 parámetros (edad, biotipo periodontal, diente) en sentido corono-apical.³

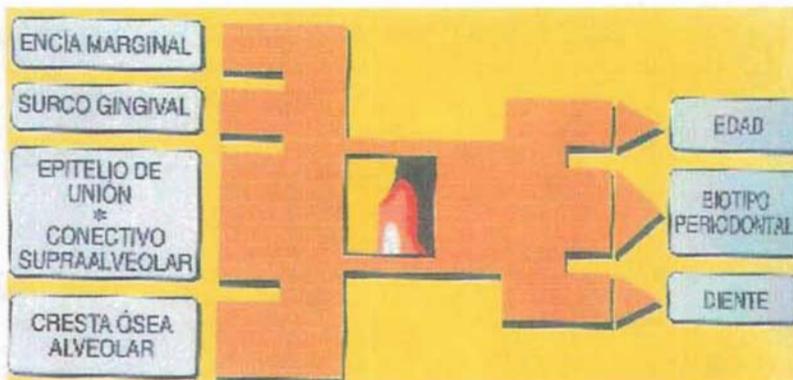


Fig. 1 Bases biológicas (1)

- Encía marginal (encía libre); rodea los dientes a modo de collar, está demarcada de la encía insertada adyacente por una depresión lineal poco profunda, el surco marginal generalmente de un ancho algo mayor de 1 mm., forma la pared blanda del surco gingival, puede ser separada de la superficie dentaria mediante una sonda roma.² Este margen tiene una terminación en forma de filo de cuchillo contra el diente, pero

redondeado; es frecuente encontrar un surco superficial entre el margen gingival y la superficie dental, éste es la entrada al orificio del surco gingival.^{1,3}

- El surco gingival es la hendidura somera alrededor del diente limitada por la superficie dentaria y el epitelio que tapiza el margen libre de la encía. Es una depresión en forma de "V". Su profundidad promedio ha sido registrada por algunos autores (Gargiulo y col. 1961, Tristao 1992, Maynard y Wilson 1979, Mondelli, 1984, Nevis Skurow 1984, Block 1987, Carvalh 1989, Chiapinotto 1984, flores de Jacobi 1989, Tal 1989, Mesomo 1994) de 2 a 3 mm con el objetivo de alojar la inserción conectiva y el epitelio de unión, estructuras anatómicas componente del llamado espacio biológico.

Este espacio virtual existente entre el esmalte y la encía marginal formado de un lado por la superficie del diente y el otro revestido por el epitelio sulcular es una base inicial del epitelio de unión que tomado del epitelio del surco representa el surco gingival clínico, obtenido por el sondeo peridontal situado entre la base del epitelio de unión y el tope de la cresta ósea que se encuentra dispuesto por fibras colágenas insertadas en el cemento, y la inserción conectiva.²⁻⁴

- Epitelio de unión; es una continuación del epitelio del surco que a su vez es continuación del epitelio bucal. Sin embargo, el epitelio de unión es la única parte que tiene unión con la superficie dental y por lo tanto, participa en la unión entre la encía y el diente (el epitelio bucal y el sulcular tienen estructuras semejante pero el epitelio es morfológicamente diferente) ya que posee una capa basal y suprabasal que mantienen la capacidad de reproducción y migración celular, es más permeable y responsable de la unión del epitelio a la superficie del diente y pueda estar localizado tanto en la corona como en la raíz. En el

estudio de Gargiulo y Col. (1961) la distancia ocupada por el epitelio de unión es, en media, 0.97 mm a 1 mm.⁴⁻⁵

A la porción de periodonto constituido por el conectivo supraalveolar y el epitelio de unión se le denomina unión dento-gingival. El epitelio de unión se une tanto al esmalte, cemento y dentina.⁶

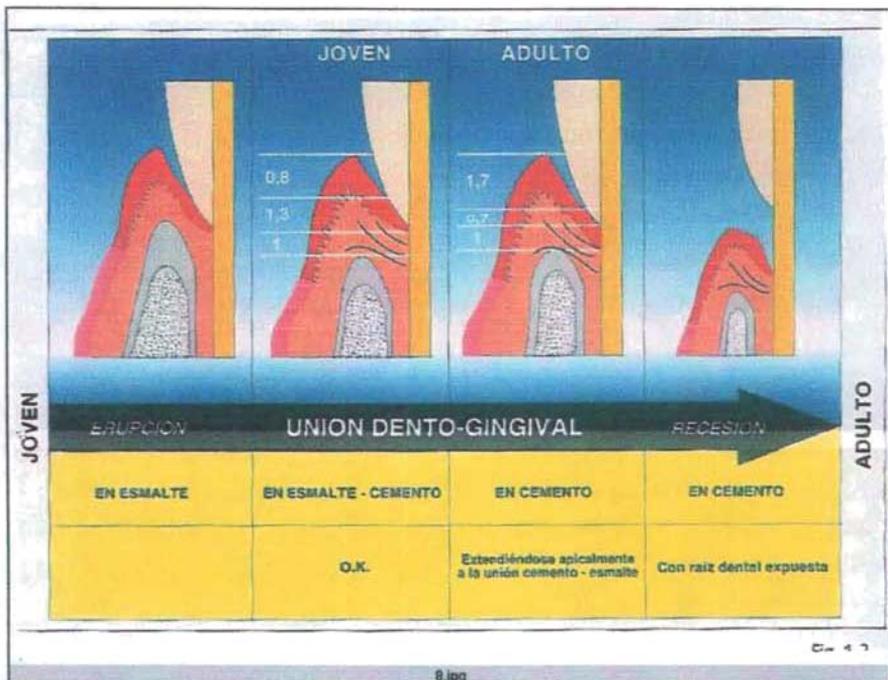


Fig. 2. Unión dentogingival en el joven y adulto. (3)

- Tejido conectivo supraalveolar; Comprende las estructuras mesodérmicas de la encía, coronal a la cresta del hueso alveolar contiene células, fibras, nervios y vasos sanguíneos incluidos en el tejido conectivo denso. Inmediatamente apical a la última célula del epitelio de unión comienza la inserción de fibras gingivales que ocupan toda la

extensión de la superficie dental hasta la cresta ósea e inicio del ligamento periodontal.

Esta área es descrita como tejido conectivo supraalveolar por Gargiulo y col., 1961, como distancia media de 1.07 mm.

Los grupos de fibras denominados dentogingivales, dentoperiósticas, transeptales y circulares, se inician en la zona de encía y se insertan en ella, esta firmemente unida a la superficie dental por su inserción en el cemento radicular, la distancia que ocupa la inserción de fibras es como mínimo una medida de 1.0 mm a 1.07 mm.¹⁻⁵.

- Fibras Dentogingivales.- Son parte de un sistema de fibras en forma de abanico que emergen de la porción supraalveolar del cemento en toda la circunferencia del diente, terminado en la encía marginal.
- Fibras Dentoperiosticas.- Emergen de la porción supraalveolar del cemento extendiéndose por fuera mas allá de la cresta alveolar en dirección apical dentro del muco periostio de la encía insertada.
- Fibras Transeptales.- Van del cemento supraalveolar de un diente, en dirección mesiodistal a través de la encía interdental, por arriba del tabique del hueso alveolar al cemento del diente adyacente.
- Fibras circulares.- Rodean al diente en forma de anillo pertenecen a la encía libre.
 - Cresta ósea alveolar.- El nombre genérico de alveolo se denominan a la cavidad localizada dentro de la cresta alveolar de los huesos maxilares y mandibulares y sirve para alojar a la raíz dentaria.³

La cresta ósea se compone de 2 láminas óseas muy compactadas, una externa y otra interna que guarda en su interior tejido trabecular esponjoso.

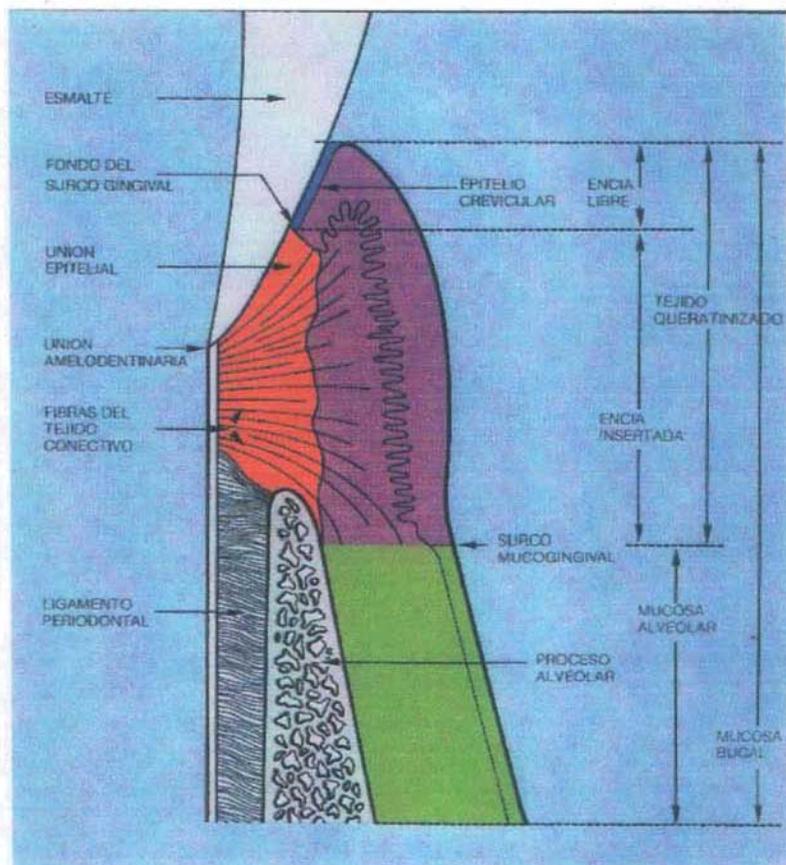


Fig. 3 Representación de las tres dimensiones del periodonto. (9)

- **Espacio biológico.**- A las dimensiones (anchura y longitud) que ocupa el tejido conectivo supraalveolar y el epitelio de unión se le denomina espacio biológico.

En sentido corona apical, la longitud media del surco, epitelio de unión y conectivo es de aproximadamente 1 mm para cada uno de ellos.⁶

B. BIOTIPOS PERIODONTALES

Existen 2 tipos básicos: Biotipo fino y biotipo aplanado, antes de realizar un alargamiento coronario se debe tener presente el biotipo periodontal a intervenir tomando en cuenta las consideraciones quirúrgicas y post-quirúrgicas que de ello se derivan.³

Características:

Biotipo fino:

- Menor dimensión en sentido corono-apical de la unión dento-gingival y una mayor reabsorción ósea post-quirúrgica
- Margen gingival fino y festoneado
- Papilas altas.
- Hueso fino y festoneado.
- Coronas largas, cónicas con puntas de contacto fino.
- Raíces convexas y prominentes.



Fig. 4 Biotipo periodontal fino. (3)

El biotipo fino es el que esta presente en los dientes largos y estrechos, tiene una banda de encía queratinizada estrecha y poca profundidad de bolsa.

Biotipo aplanado:

- Mayor dimensión en sentido corono-apical de la unión dento-gingival y una menor reabsorción ósea post-quirúrgica.
- Margen grueso poco festoneado.
- Hueso ancho y poco festoneado.

- Coronas cortas y cuadradas con puntos de contacto anchos.
- Contornos radiculares aplanados.



Fig. 5 Biotipo periodontal grueso. (3)

El biotipo grueso o aplanado está presente en los dientes cortos y anchos, tiene una banda de encía queratinizada más ancha y bolsas periodontales más profundas.

Estos dos biotipos tienen una respuesta diferente frente a la inflamación y la cirugía: El periodonto fino reacciona con una recesión y el grueso tiende a volver a su morfología inicial hacia coronal. Así cuando tratamos con un periodonto fino es recomendable esperar 6 meses y si tratamos con un periodonto grueso se espera unos 12-24 meses en caso de colocar alguna restauración protésica. Los primeros cambios más grandes ocurren en los primeros 6 meses y el tiempo debe ser respetado para conseguir un margen gingival sano y estable (g calcina).

El espacio biológico

Estas tres estructura anatómicas inserción conectiva, epitelio de unión y epitelio sulcular ocupan una dimensión denominada "espacio biológico" (Nevis y Skurow, 1984; Tristao, 1992).³

La dimensión biológica es la distancia entre el margen de la encía marginal normal y la parte más coronal de la cresta ósea alveolar.

Considerando que esta área es variable y que esta variación tiende al aumento, es recomendable tomar en cuenta una distancia de 2 a 3 mm para el "Espacio biológico".

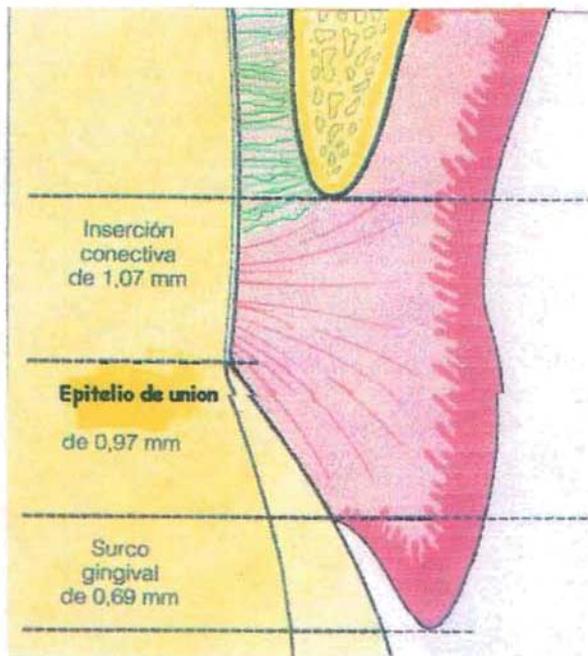


Fig.6 Longitud media del surco, epitelio de unión y conectivo supra-alveolar. (10)

La inserción es la inclusión de fibras de ligamento periodontal dentro de una matriz del cemento y el hueso alveolar. Las fibras colágenas derivadas del ligamento periodontal pueden volverse a insertar cuando existe una nueva formación de cemento o hueso alveolar. El espacio biológico es una dimensión que abarca el milímetro aproximado que ocupa el epitelio de unión (0.97 mm.) y el milímetro ocupado por la inserción de fibras supracrestales (1.07mm). En esta medida se puede considerar el espacio del epitelio cervical (0.6mm), que es la zona más coronal del surco gingival y es donde el epitelio forma un surco histológico sin estar adherido a la superficie del diente.⁷

Invasión del espacio biológico

Cuando se realiza un alargamiento quirúrgico en la corona dentaria por motivos restauradores, la referencia es el margen de la futura restauración. Cuando se realiza un alargamiento coronario por razones estéticas, la referencia principal es la línea amelocementaria.⁸

El aumento de acúmulo de placa bacteriana, inflamación, aumento de la profundidad de sondeo, recesión de tejido blando marginal, hiperplasia gingival. Son sólo algunas de las consecuencias de la invasión del espacio biológico, producidas por:

- Querer ganar mayor retención cuando se trabaja en un diente con coronas clínicas cortas.
- Evitar procedimientos quirúrgicos estéticos.
- Reducir gastos y tiempo de tratamiento.
- Desconocimiento de las bases biológicas, principalmente del concepto del espacio biológico.
- Temor a que se vean los márgenes de las restauraciones.

Si la incisión se produce en vestibular de un diente con biotipo periodontal fino, el resultado final podrá ser una recesión gingival. Si la incisión se produce a nivel de los espacios interproximales se producirá una migración apical de la unión, dento-gingival con la formación de bolsas infraóseas.³

Para evitar la invasión del espacio biológico es necesario tener en cuenta que las consideraciones biológicas son las mismas, tanto para el alargamiento coronario por motivos estéticos, periodontales o restauradores, y las consideraciones quirúrgicas varían, ya que se debe conseguir idealmente

5mm, de encía (3 mm de encía insertada y 2 mm de encía libre) cuando los márgenes se han de colocar subgingivalmente para una futura restauración.⁹

Para favorecer la estética, su nivel normal será de 2 a 3 mm por debajo de la unión amelocementaria, con una distancia menor si el hueso está a una altura normal, bastará una resección de tejido gingival, mientras que si el hueso está más próximo a la línea amelocementaria, la cirugía deberá incluir la remodelación ósea.¹⁰



Fig. 7 Parámetros para calcular la cantidad de hueso que hay que eliminar. (3)

Para calcular la cantidad de hueso que se debe eliminar, se debe tener en cuenta:

- La posición del margen gingival que se establece quirúrgicamente teniendo en cuenta la longitud del diente y la simetría de los márgenes gingivales.
- Nivel de la cresta ósea. Cuando no existen profundidades de sondeo aumentadas, se debe eliminar hueso sano para lograr unos márgenes óseos de 2 a 3 mm.⁸⁻⁹

Si se deja 3 mm entre el margen gingival y la cresta ósea, cualquier otra eliminación de hueso corresponde al número de milímetros adicionales deseados de profundidad del surco.¹⁰

En los biotipos periodontales finos donde la tabla ósea vestibular es muy delgada, la reabsorción ósea post-quirúrgica va a ser mayor y, por lo tanto, habrá que eliminar algo menos de hueso a ese nivel para compensar dicha reabsorción.

Evaluación previa

Cuando se evalúa un posible alargamiento coronario sea por motivos estéticos, periodontales o restauradores, debe realizarse un diagnóstico completo para realizar un plan de tratamiento dental integral, a partir del cual se valora la importancia de ese diente (s) a intervenir y la repercusión que conllevaría la pérdida del mismo al igual que su mantenimiento, en algunas situaciones, la exodoncia podría parecer la elección adecuada, mientras que en otras el mantenimiento del diente(s) es fundamental para el tratamiento con éxito de todo el caso y está justificado todo ese esfuerzo por conservarlo.¹¹⁻¹²

La evaluación clínica inicial debe incluir:

NIVEL DE CRESTA ALVEOLAR

La posición normal de la cresta ósea es aproximadamente 1.5 mm apical a la unión cemento adamantina (UCA).

ARQUITECTURA GINGIVAL

Las causas de las asimetrías o arquitecturas gingivales son variadas: erupción pasiva alterada; traumatismo a edad temprana que impide la erupción dentaria normal; hábitos anormales como cepillado dentario agresivo y mordida de uñas; hiperplasia gingival debida a irritantes locales crónicas como cemento retenido subgingivalmente sobre bandas ortodónticas, y mal posición dentaria o prominencia radicular.

LÍNEA DE LA SONRISA

Es importante observar la simetría de los labios y de la cara al sonreír así como el tamaño y proporción de los dientes.

EXTENSIÓN APICAL DE LA FRACTURA, CARIES, ENTRE OTROS

La preparación correcta del diente y una reconstrucción impecable de la anatomía de la corona son esenciales para la conservación de un parodonto sano.

LONGITUD Y FORMA RADICULAR

Una gran angulación radicular puede impedir un resultado estético tras reposicionar la encía en el nivel deseado.

PROFUNDIDAD DE SONDAJE

La profundidad ideal del surco es de 2 mm y no debe exceder de 3 mm. Sin embargo, no es común encontrar surcos con una profundidad menor de 1.5 mm.

La sonda debe colocarse paralela al eje longitudinal del diente insertando suavemente en el fondo del surco.

SALUD PERIODONTAL (Presencia de encía queratinizada e insertada)

Una vez que el paciente ha demostrado un control eficiente de la placa y se ha eliminado esta puede abordarse el establecimiento de la estética y salud gingival / periodontal.¹³ (chiche).

AFECCIÓN PULPAR

Los dientes afectados periodontalmente tienen una mayor incidencia de inflamación y degeneración pulpar que los dientes no afectados periodontalmente. Bender 1972^{10,12}. Los vasos sanguíneos que entran al conducto lateral son lesionados, provocando áreas localizada de necrosis pulpar.

DIENTES DE SECTOR ANTERIOR O POSTERIOR

La obtención de resultados agradables y naturales en alineamiento quirúrgico estético de los márgenes gingivales implica fundamentalmente los incisivos centrales y laterales, y en menor grado, los caninos.

PROPORCIÓN RAÍZ –CORONA

La proporción debe ser igual o mayor a proporción de raíz.

Aunque cada caso requiere una secuencia de tratamiento particular, se consideran los siguiente puntos:

- Examen bucal (exploración clínica)
- Estudio radiográfico y modelos de estudio
- Presentación del plan de tratamiento
- Consentimiento informado
- Tratamiento periodontal básico (F1 control de placa, sondeo, raspado y alisado radicular cerrado).
- Eliminación de caries.
- Tratamiento de conductos (solo donde se presente necrosis pulpar).
- Colocación de restauraciones provisionales (para prevenir migración dentaria)
- Técnica quirúrgica
- Fase de cicatrización
- Evaluación final quirúrgica
- Tratamiento restaurador.
- Vigilancia post-operatoria

Es muy importante que exista salud periodontal antes de practicar un alargamiento coronario, ya que unos tejidos blandos estables permiten prever mejor la posición del margen gingival durante la etapa de cicatrización.¹³⁻¹⁴

Indicaciones:

1. Por mutilación de la estructura dental.

- Fractura (próximas al margen gingival por debajo de la cresta ósea)
- Atricción severa.
- Perforación radicular (por pin o poste dentro de la inserción epitelial o de las estructuras ósea).
- Caries.

2. Alteraciones de la erupción.

- Erupción pasiva alterada o retardada, deformidad gingival.
- Supra erupción por falta de antagonista (a fin de establecer los márgenes gingivales y los contornos en armonía con los dientes adyacentes).

3. Por motivos estéticos.

- Corona clínica corta por hiperplasia gingival (por lo tanto, en el momento que se decide alargar la corona ésta puede ser menor, igual o mayor que la corona anatómica).
- Para reducir una encía hiperplásica, y por lo tanto mejorar la estética.
- Hiperplasia gingival: (inflamatoria, hereditaria o inducida por medicamentos).
- Para dar solución estética, armonización de los márgenes gingivales y exposición de los tejidos dentarios sanos.
- Sonrisa gingival (línea de la sonrisa alta)
- Asimetría gingival.

4. Por motivos restauradores.

- Para aumentar la longitud de coronas clínicas cortas, proporcionando así una mayor retención para restauraciones y anclajes.
- Para revisar preparaciones dentarias cuyos márgenes van más allá de los bordes subgingivales.

- Para aumentar la longitud de la corona clínica cuando la pérdida de estructura dentaria ha tenido lugar desde la oclusión debido a factores de tipo químico, abrasivo o traumático.

Contraindicaciones: ¹⁴⁻¹⁵

- Proporción corona raíz del diente a tratar. La osteotomía empeora siempre esta proporción al disminuir la cantidad de raíz situada dentro del hueso (cuanto más largo sea el tronco radicular, menor será la posibilidad de exponer la furcación)
- Cuando exista riesgo de comprometer el soporte periodontal de los dientes vecinos, ya que la osteotomía y la osteoplastia no debe limitarse meramente al diente o dientes problema, sino que debe extenderse también a los dientes adyacentes para conseguir una arquitectura ósea y gingival lo más equilibrada posible.
- Diente no restaurables.
- Cuando los dientes adyacentes se verían demasiado comprometidos funcionalmente y estéticamente.
- Si la importancia estratégica del diente no justifica este tratamiento adicional para salvarlo.

Análisis de la sonrisa gingival

En una sonrisa, el labio se desplaza en dirección apical, quedando al descubierto la totalidad de los incisivos superiores y uno o dos milímetros de encía. Cuando la altura de encía enseñada sobrepasa estos dos milímetros se denomina sonrisa gingival.

La verdadera sonrisa gingival es aquella que nos llama la atención por el exceso de encía expuesta, durante el habla y varias sonrisas que en ocasiones llegan a ser aprendidas para ocultar el problema dándonos una sonrisa que no es natural. Las causas de la sonrisa gingival son varias y se pueden presentar de una manera aislada o combinadas entre sí.¹⁷

1. La presencia de dientes excesivamente cortos por erupciones incompletas es la causa más importante de todas las sonrisas gingivales.¹³

Ante un diente corto se debe realizar un diagnóstico diferencial entre una erupción pasiva alterada, un desgaste incisal, una variación de la anatomía normal del diente o un sobre-crecimiento gingival.

a) Erupción pasiva alterada. Se pueden presentar de formas diferentes:

- El margen gingival está situado oclusalmente con respecto a la línea amelocementaria y existe una considerable cantidad de encía desde el margen gingival hasta la línea mucogingival.¹⁶⁻¹⁷
- La línea mucogingival está ubicada apicalmente respecto a la cresta ósea.
- La cresta ósea está ubicada a nivel de la línea amelocementaria.
- La línea amelocementaria está localizada en una posición normal en el surco gingival, es posible que no se presente una erupción pasiva retardada.
- Cuando la línea amelocementaria no se detecta en el surco, es posible pensar en la existencia de una erupción pasiva alterada y estará indicado practicar un sondeo bajo anestesia para localizar la línea amelocementaria y la cresta ósea.¹⁸

b) Desgaste incisal: dos variedades.

- Caso de sonrisa gingival que se tornan gingivales por mecanismos de desgaste de los dientes, con pérdida de tamaño.
- Durante la abrasión no ha habido erupción dentaria y por lo tanto, ha disminuido la dimensión vertical y no existirá.

- c) Variación de la anatomía dental o un sobrecrecimiento gingival.
 - Inducida por fármacos
 - Alteraciones hormonales.

- 2. Sobre erupción de los incisivos superiores por falta de contacto con los inferiores.

- 3. Labio superior corto

Estética en el tratamiento periodontal.

Idealmente la sonrisa debe exponer una mínima cantidad de encía, el contorno gingival debe ser simétrico y en armonía con el labio superior. Los segmentos anterior y posterior deben estar también en armonía, presentando dientes de un tamaño acorde a su estructura dentofacial.¹⁹

El logro de los resultados estéticos excelentes en terapia no es una cuestión de azar, es algo planificado antes de iniciar el tratamiento.²⁰

No todos los paciente que muestran un exceso de encía cuando sonríen pueden ser tratados con alargamiento coronario, la ortodoncia y cirugía maxilar mejoran considerablemente problemas de estética gingival que podrían ser esqueléticos asimétricos o sobre-erupciones dentales.²¹

El análisis de las estructuras dentofaciales y de cómo afecta a la estética debe ser parte integral de un examen buco dental global. Analizando las siguientes características, para un tratamiento ortodóntico y/o cirugía maxilar^{21,22}

- Simetría facial
- Línea interpupilar (nivelada o no)

- Línea media facial-dentaria
- Plano incisal-oclusal
- Línea de la sonrisa alta o baja
- Simetría de los labios y de la cara (al sonreír)
- Despliegue de encía al sonreír
- Nivel de los márgenes gingivales
- Armonía de los márgenes gingivales (tamaño y proporción de los dientes).

Goldtein (1984), Tjan (1984), Abrams (1987) destacaron la importancia de realizar un examen de los labios del paciente comprometido periodontalmente y preocupado por la estética. Registrando en este tipo de pacientes: a) profundidad de sondeo, b) nivel de inserción, c) nivel óseos, d) restauraciones e) lesiones cariosas. La forma de los labios y su posición al hablar y sonreír no pueden ser modificadas fácilmente, pero el Dentista puede, de ser necesario, modificar 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.^{1, 4, 24.}

Examen clínico pre-quirúrgico

Antes de comenzar un alargamiento de la corona dentaria con fines exclusivamente estéticos es imprescindible determinar una serie de parámetros.

- Longitud de la corona anatómica: distancia del borde incisal a la línea amelocementaria mas 1mm. Esta se determina sondeando el surco con la punta ligeramente inclinada contra el diente y notando el cambio de contorno.²³
- Longitud de la corona clínica: distancia entre el borde incisal y el margen gingival.

La diferencia existente entre las dos medidas anteriores indica la cantidad de encía que hay que eliminar.

- Distancia desde el margen gingival a la línea mucogingival: la diferencia entre esta medida y la cantidad de encía que hay que eliminar indicará la cantidad de encía residual que deberá permanecer después de la cirugía.
- Descartar antes de la cirugía la presencia de profundidades de sondaje aumentadas así como la presencia de inflamación.
- Localización de la cresta ósea: se práctica mediante sondeo óseo bajo anestesia. En condiciones normales, la cresta ósea debe ubicarse por lo menos 2 mm . en sentido apical a la línea amelocementaria. Cuando está más cerca, será necesario realizar un recontorneado óseo.
- Determinación del grosor de la cresta ósea: se calcula subjetivamente al sondear a través de la superficie del tejido blando. Si se determina que el hueso es grueso, se planificará un adelgazamiento del mismo.²⁴

Consideraciones quirúrgicas

1. La cirugía del alargamiento coronario por motivos estéticos puede ser más agresiva cuando se interviene sobre un biotipo periodontal fino.²⁵
2. Tienen que existir de 1.5mm a 2 mm de tejido dentario sano por encima de cresta gingival para un correcto sellado entre el margen de la restauración y el tejido dentario.
3. Tiene que existir 3 mm desde la cresta gingival hasta la cresta ósea para que se formen las tres entidades (surco, epitelio de unión y tejido conectivo) en las dimensiones normales. Cuando se sutura el colgajo si el margen del mismo se fija a 2 mm de la cresta ósea se permitirá la formación de un surco y de un espacio biológico en sus mismas dimensiones posibles. Ello puede resultar un riesgo sobre todo si se intenta ubicar un margen intracrevicular. En estas situaciones, se dificulta notablemente los procedimientos de retracción durante la preparación del diente, existiendo además un alto potencial de invasión del espacio biológico.

Opciones quirúrgicas

El alargamiento de corona por motivos estéticos puede comprender los siguientes tipos de procedimientos:²⁻²⁶

1. Gingivectomía a bisel externo.
 - Cuando los defectos a restaurar son supraóseos.
 - Cuando existe una zona ancha, e incluso excesiva encía adherida.
 - Cuando existe una profundización de el surco por una bolsa de tejido blando, sin que se encuentren presentes defectos óseos.

2. Gingivectomía a bisel interno:
 - Cuando se desea conservar la pigmentación de los tejidos gingivales.
 - El área palatina puede necesitar un bisel interno invertido mejor que una reposición apical.

3. Colgajo con remodelación ósea:
 - Colgajo periodontal de reposición apical (cuando la lesión a restaurar se encuentra a 3 mm o más coronal a la cresta ósea, cuando se necesita un remodelado óseo fisiológico).
 - Osteotomía, colgajo periodontal de reposición apical (cuando la lesión a restaurar se encuentra a menos de 3mm de la cresta ósea por debajo de ella, cuando se necesita un remodelado óseo fisiológico).

Técnicas básicas quirúrgicas

Gingivectomía a bisel externo

Anestesia

Incisión:

Se marca la profundidad de sondaje en la cara vestibular y palatina de la encía para tener referencia al momento de practicar la incisión. Esta debe realizarse con una angulación de la hoja de bisturí de 45° , siguiendo el trayecto de las marcas pero ligeramente apical a las mismas y profundizando en las papilas.^{9,27}

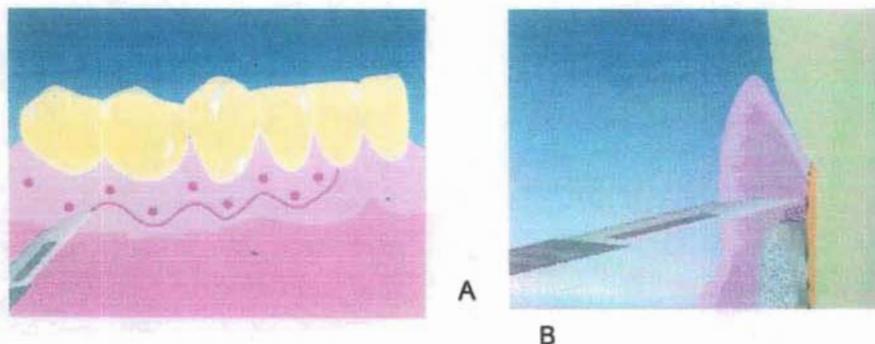


Fig.8 (A) Marcación de la profundidad de la bolsa, (B) Angulación de la hoja de bisturí a 45°

3

Se elimina el tejido gingival y se procede a una gingivoplastia utilizando tijeras, bisturí, y fresas de diamante, colocando siempre un apósito periodontal.

Las incisiones pueden ser realizadas con una hoja de bisturí convencional (#11,12 ó 15), bisturí kirkland, bisturí eléctrico, o rayo láser.(en los casos que se cuente con dicho equipo.)

Gingivectomía a bisel interno.

Anestesia

Incisión.

La primera se realiza a bisel interno desde el ángulo diedro mesial hasta el ángulo diedro distal. No se entra en las áreas papilares. La incisión se dirige hacia la cresta alveolar. Para una adaptación adecuada puede ser necesaria extender la incisión de 2-3 mm en dirección apical a la cresta alveolar. En estos casos el bisturí debe orientarse casi paralelo al eje del diente.^{9,28}

Colgajo con remodelado óseo.

1. Incisiones: El tipo de incisiones depende de las dimensiones volumétricas de encía insertada existente, así como de la cantidad de estructura dental que debe quedar expuesta en relación al punto de partida.⁹
 - a. Sin incisiones liberadoras: Cuando existen unas dimensiones volumétricas adecuadas de encía insertada, es posible eliminar un collarete de encía alrededor de los dientes.
 - Incisión a bisel interno, vestibular y palatino hasta alcanzar la cresta ósea.
 - Incisión intracrevicular.
 - b. Con incisiones liberadoras: Cuando no se dispone de unas dimensiones volumétricas de encía insertada adecuadas y se prevé la necesidad de un alargamiento coronario por ausencia completa de corona. Se realizarán incisiones verticales liberadoras. Estas incisiones deberán ser paralelas entre sí y atravesar ampliamente la línea mucogingival.^{14,29}

2. Desgarramiento del colgajo mucoperiostico: Utilizando periostotomo, se eleva un colgajo de espesor total más allá de la línea mucogingival.

El desplazamiento del colgajo permite visualizar las características del hueso: Arquitectura, grosor, así como calcular la cantidad de ostectomía (eliminación del hueso de soporte) y osteoplastía (eliminación de hueso que no soporta el diente) que es preciso realizar.²⁴⁻²⁹

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DEL CASO CLINICO

Se ha infiltrado anestésico local en el área mucogingival anterior, también se infiltra anestesia en la región palatina correspondiente al sitio mucogingival y área papilares.

La técnica quirúrgica consiste en establecer tres puntos sangrantes por vestibular y palatino con ayuda de una sonda periodontal o con un marcador de bolsas, localizando la línea amelocementaria que nos servirá de guía para la orientación del corte, siguiendo estos puntos para nuestra incisión.

GINGIVECTOMÍA A BISEL INTERNO CASO CLINICO

(INCISIÓN DESDE FUERA DEL MARGEN GINGIVAL HACIA LA CRESTA ALVEOLAR)

PRIMERA INCISIÓN

En los órganos dentarios 11 y 12, se realiza una incisión de bisel interno de 3 mm desde el margen gingival, inclinándose hacia la cresta alveolar. Se levanta el colgajo para exponer el hueso y la raíz subyacente. Puntos importantes a considerar:

- Preservar la mayor cantidad posible de tejido gingival, sin entrar en las áreas papilares.
- Iniciar en el ángulo diedro mesial hasta el distal.
- La incisión se dirige hacia la superficie radicular de 1 a 3 mm apical al margen gingival.
- Preparar un colgajo fino y uniforme, el cual puede adaptarse estrechamente al hueso y a la superficie radicular.
- Para la encía fina, adelgazar el borde del colgajo para crear una mejor morfología gingival postoperatoria.

SEGUNDA INCISIÓN

Es una incisión sulcular, la cual corta el área cervical desde el fondo de la bolsa hacia la cresta alveolar. Para facilitar la remoción del tejido alrededor del área cervical. Se recomienda una hoja de bisturí No. 12 y un cincel pequeño Ochsenbein.

TERCERA INCISIÓN

Es una incisión interdental a lo largo de la cresta alveolar desde el lado vestibular hasta el lado palatino. Esta separa el segundo colgajo cervical y el hueso interdental después de levantar los colgajos vestibular y palatino, se elimina fácilmente el collarete de tejido con una cureta quedando expuesta la corona anatómica.

Finalmente se sutura el colgajo con seda 3-0 teniendo en cuenta el concepto de espacio biológico para que este pueda conformarse en toda su amplitud. La sutura es útil para asegurar una ubicación precisa del margen gingival.

GINGIVECTOMÍA A BISEL EXTERNO CASO CLINICO

(SE REALIZA DESDE LA DIRECCIÓN APICAL HACIA LA DIRECCIÓN)

PRIMERA INCISIÓN

Esta técnica quirúrgica se realizó en los órganos dentarios 21 y 22, con una hoja de bisturí No. 11 en un ángulo aproximadamente de 15 grados se coloca la punta de la hoja de bisturí en dirección apico-coronal hacia la unión amelocementaria siguiendo el contorno del cuello de los dientes, guiados por las marcas y extendiéndonos por debajo del diente para nuestra segunda incisión de una manera firme y continua.

SEGUNDA INCISIÓN

Se realiza el corte interdental con hoja de bisturí (Núm. 11) se inserta en la incisión primaria y se extiende interdentalmente tan lejos como sea posible, si los cortes se han completado, el tejido se levantará fácilmente. Inspecciona la superficie quirúrgica cuidadosamente y se secan los dientes.

GINGIVOPLASTÍA

Se procede a eliminar el tejido gingival con un bisturí kirklan o una cureta CK6 de una manera Firme y continua sin ejercer mucha presión dejando una superficie lisa y limpia.

El margen gingival debe ser delgado y biselado con la porción más ancha del bisturí Kirklan. El tejido interdental debe quedar en forma piramidal utilizando cureta o tijeras curvas. Para encía. Posteriormente se sondea cada margen para asegurar que todo el tejido suelto sea removido. El mismo procedimiento se realiza en el área palatina, se cubre el área gingival con un apósito quirúrgico.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS

- Es aconsejable recomendar al paciente reposo y realizar enjuagues a partir de 24 horas después de la intervención con digluconato de clorexidina al 0.12% (15 ml, 30 segundos cada 12 horas durante 3 semanas.)
- Se recomienda higiene bucal con un cepillo extra suave durante los primeros 10 días y un cepillo suave 10 días más, posteriormente utilizar un cepillo #35
- Como medida preventiva deberá de administrarse un analgésico solo en caso de dolor.
- La alimentación de las primeras 6 horas debe ser líquida.

- No ingerir grasas ni irritantes por 2 días.
- No fumar.
- Después de 2 horas puede ingerir: caldos (no cerdo), gelatinas, jugos, frutas, leche, licuados.

La buena técnica quirúrgica y la atención de los detalles antes mencionados, nos llevará a obtener buenos resultados.²³⁻²⁶

OBJETIVOS

General

- Evaluar el alargamiento coronario por gingivectomía a bisel interno y externo por motivos estéticos en un paciente de 41 años de edad que acude a la clínica multidisciplinaria Benito Juárez en el periodo 2003-2004.

Específicos:

- Describir las características generales del alargamiento coronario por motivos estéticos.
- Redactar la importancia clínica que tiene el alargamiento de corona relacionado con la práctica odontológica cotidiana.
- Describir las condiciones gingivales por alargamiento coronario con la técnica de gingivectomía a bisel interno y externo.
- Detallar el Plan de Tratamiento de alargamiento coronario por motivos esté

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Descriptivo .Modalidad caso clínico (n=1)

Universo y/o población de estudio:

Paciente femenino de 41 años de edad con sonrisa gingival alta, que acude a la clínica multidisciplinaria Benito Juárez en el periodo 2003-2004.

Técnicas:

Se realizará historia clínica, exámenes de gabinete (radiografía panorámica, periapical, modelos de estudio, foto clínica) periodontograma y técnica quirúrgica.

RECURSOS

HUMANOS

- 1 pasante
- 1 director

MATERIALES

- Historia clínica, radiografías, fotografías, bolígrafos, anestesia (lidocaína con epinefrina al 2%), sutura seda negra 3-0, hoja de bisturí #15, guantes estériles y un equipo de instrumental para cirugía bucal.

FÍSICOS

- Instalaciones de la Clínica Multidisciplinaria Benito Juárez

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- Nombre el paciente: R.S.P.
- Domicilio: Benito Juárez Estado de México
- Sexo: Femenino.
- Estado civil: Casada
- Fecha de nacimiento: 8 – marzo – 1961
- Lugar de nacimiento: México DF.
- Lugar de residencia: Estado de México
- Escolaridad: Preparatoria.
- Ocupación: Ama de casa.



MOTIVO DE LA CONSULTA

La paciente acudió a la consulta dental por que noto que sus encías tienen mal aspecto.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

- Madre: Hipertensa.
- Padre: Cardiópata (finado).

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

- Vivienda: propia con todos los servicios Intradomiciliarios.
- Hábitos higiénicos: Ducha completa, cambio de ropa diario, las manos se las lava antes de comer o en caso necesario, cepillado de dientes después de cada alimento con auxiliares de limpieza (hilo dental y colutorio).

- Hábitos dietéticos: realiza 2 comidas al día desayuna y come; consume carne de pollo y vacuno 2 veces por semana, verduras leguminosas 6 días de la semana, agua 2Lt.diarios, 2 tortillas, leche descremada diario y frituras 1 vez por semana.
- Hábitos orales: negativo.
- Cuenta con Inmunizaciones de la niñez.
- Ha recibido anestesia dental sin complicaciones.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

- La paciente refirió haber padecido hepatitis y anemia en la Infancia entre los 10 y 11 años; a los 20 años padeció bronquitis; a los 22 años de edad padeció tifoidea sin reportar secuelas; a los 25 años padeció parotiditis sin dejar secuelas fue intervenida quirúrgicamente por la extirpación del bazo, debido a un golpe severo sobre la porción baja izquierda del tórax causando hemorragia intraperitoneal severa.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Digestivo.- Pirosis, dolor epigástrico y sensación de vacío.

Nervioso.- Alteraciones auditivas.

PADECIMIENTO ACTUAL

- Paciente con gastritis y vértigo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Somatometría: T/A: 120/85 mmHg., FC 72 x min., FR: 19 x min.
Peso: 94 kg., talla: 1.67 cm., Temperatura: 36.5°C
- Examen de cabeza y cuello: Sin palpación de ganglios.
- Examen Intrabucal

Tejidos blandos: Presencia de encía fibrosa e inflamada con biotipo periodontal grueso en los órganos dentarios 11,12,13,21,22,23 y cuadrante inferior izquierdo.

Tejidos duros: Presenta en incisivos laterales coronas 3/4 restauraciones con amalgama en 5 órganos dentarios (15, 16, 17, 24, 27) coronas totales en 2 órganos dentarios (D 15, 16) resinas en 6 órganos dentarios (45, 46, 47, 34, 35, 36).

- Diagnóstico Presuncional:

Paciente femenina de 43 años de edad, cursa con gastritis y vértigo ambas con 1 año de evolución y bajo control médico. El examen de cabeza y cuello sin alteración, al examen Intrabucal de tejidos blandos se observa una dimensión volumétrica de tejido en anteriores y posteriores. Al examen de tejidos duros presenta restauraciones en 15 órganos dentarios.

- Diagnóstico Periodontal Definitivo:

Periodonto fisiológicamente modificado

- Pronóstico:
Favorable.

TRATAMIENTO

- Interpretación del modelo de estudio (trazado del diseño de la incisión).
- Tratamiento periodontal.

- FI (Fase I)
- Se realizo el procedimiento con pieza de baja velocidad y pasta abrasiva, cavitron y curetas 5/6 y 9/10.
 - Se llevo acabo el sondeo de las piezas a intervenir (11,12,21,22)
 - Se indicó al paciente colutorios con gluconato de clorexidina al 0.12%, dos veces por día sin consumir alimentos 2 horas después del colutorio, por 15 días.
 - Se indico y demostró técnica de cepillado de Bass, uso de cepillo interdental, hilo dental y limpiador de lengua.

- F II (Fase II)
- Procedimiento Quirúrgico Receptivo (gingivectomía) en los órganos dentarios 11, 12, 21, 22.
 - Somatometría: T/A. 120/80 mmHg., F.C.72 x min., F.R.19xmin. peso:94kg.,talla1.67cm., temperatura 36.5°C.
 - Se preparo el campo quirúrgico, y se realizó antisepsia con benzal extraoralmente y listerine intraoralmente.
 - Se manejo con anestésico local lidocaína al 2%, bloqueando el nervio dental anterior y bloqueo papilar infiltrándose 2 cartuchos.
 - Se procedió a realizar el alargamiento coronario por gingivectomía a bisel interno en los dientes 11,12 con incisión intrasulcular saturando con seda negra 3-0. En los órganos dentarios 21, 22 se empleo Gingivectomía a bisel externo con incisión sulcular, colocando apósito quirúrgico periodontal.

- Se limpio la zona quirúrgica bajo irrigación de cloruro de sodio al 0.9%.
- Se prescribió analgésico no esteroideo vía intramuscular debido al padecimiento gástrico que presenta la paciente.
- Se oriento al paciente sobre sus cuidados postoperatorios de manera escrita.
- Remoción de puntos de sutura a los 8 días o alta quirúrgica.

F III(Fase III) - Terapia periodontal de soporte cada 3 meses

PRE-OPERATORIO

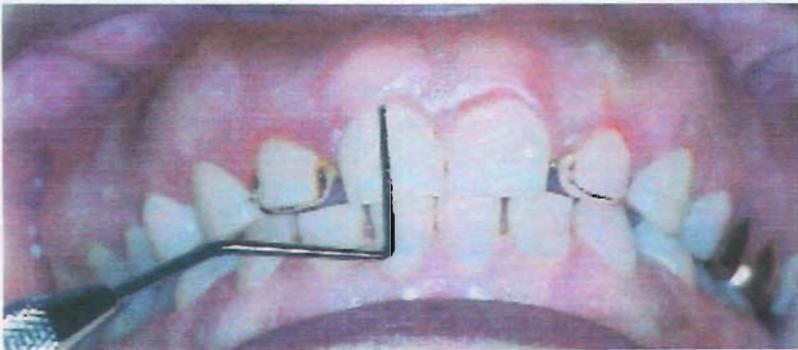
FOTO 1



ASPECTO BUCAL DE LA PACIENTE

TRANS-OPERATORIO

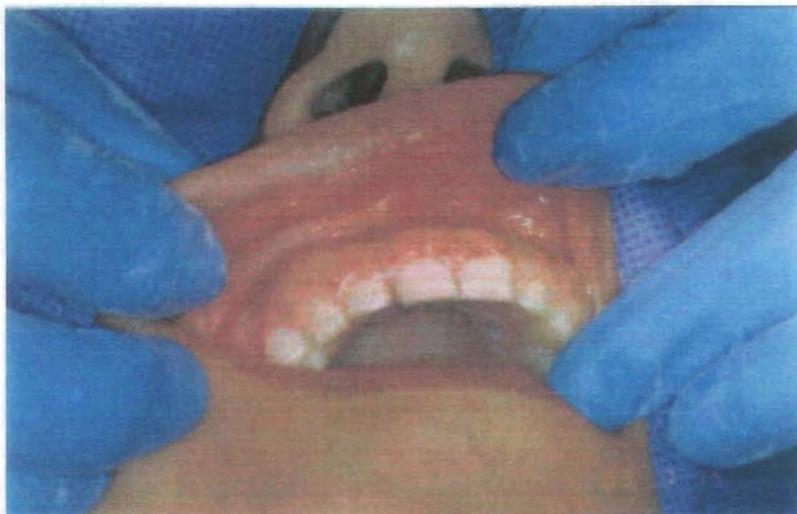
FOTO 2



LOCALIZACIÓN DE LA LINEA AMELOCEMENTARIA CON SONDA A TRAVÉS DEL SURCO

TRANS-OPERATORIO

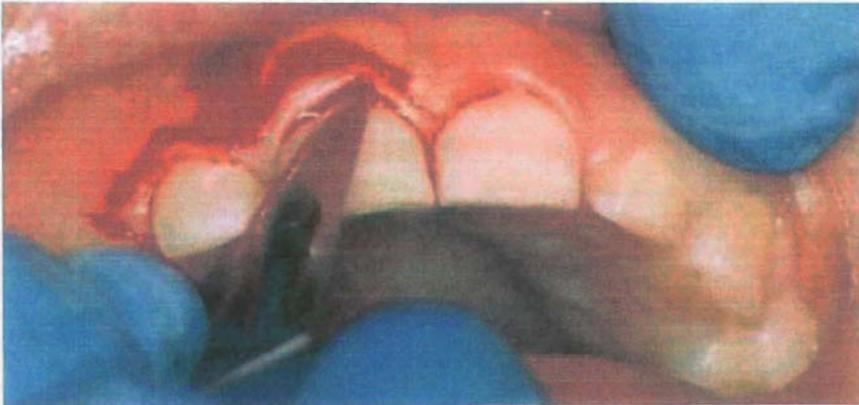
FOTO 3



MARCACIÓN DE LA UBICACIÓN DE LA LÍNEA AMELOCEMENTARIA

TRANS-OPERATORIO

FOTO 4



INCISIÓN A BISEL INTERNO RESPETANDO LAS ÁREAS PAPILARES

TRANS-OPERATORIO

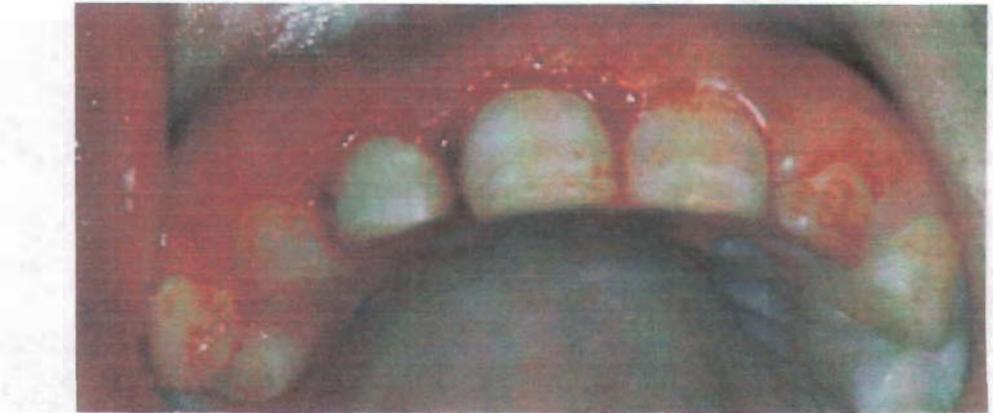
FOTO 5



ELIMINACIÓN DEL COLLARETE CON CURETA CK6

TRANS-OPERATORIO

FOTO 6



GINGIVECTOMÍA A BISEL INTERNO CONCLUIDA

TRANS-OPERATORIO

FOTO 7



GINGIVECTOMÍA A BISEL EXTERNO. SE MARCA LA UBICACIÓN DE LA LÍNEA AMELOCEMENTARIA.

TRANS-OPERATORIO

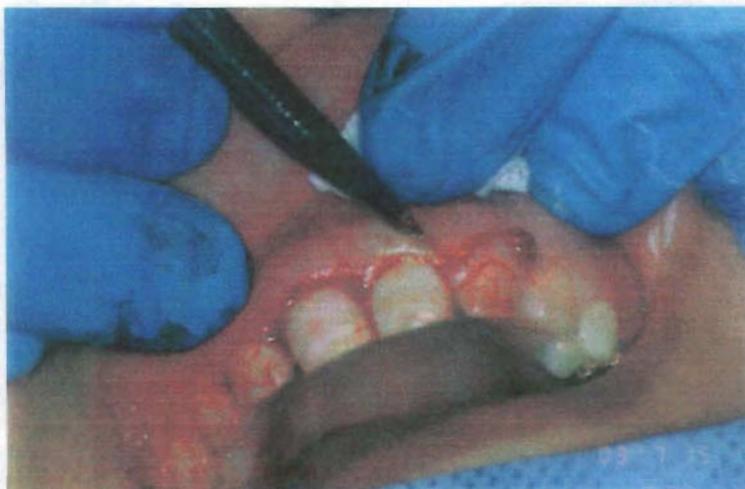
FOTO 8



**SE MARCA LA PROFUNDIDAD DEL SONDAJE EN LA CARA VESTIBULAR
Y PALATINA.**

TRANS-OPERATORIO

FOTO 9



INCISIÓN CONTINUA PROFUNDIZANDO EN LAS PAPILAS

TRANS-OPERATORIO

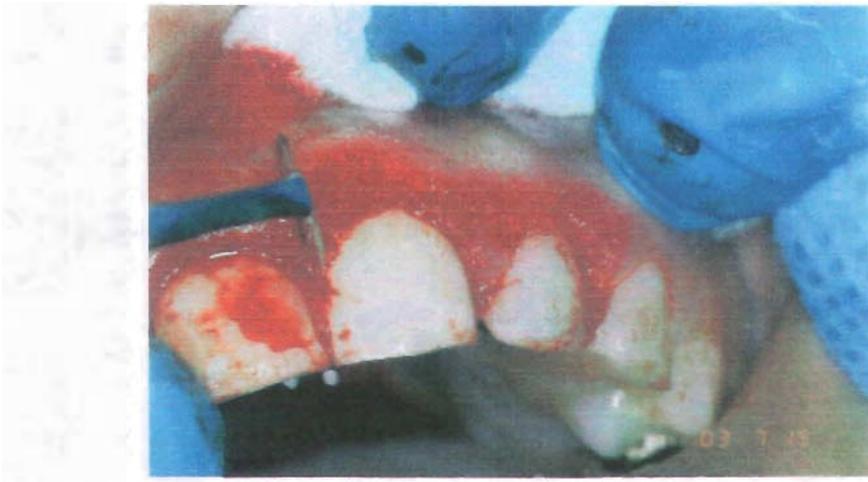
FOTO 10



**SI LOS CORTES SON COMPLETOS EL TEJIDO SE LEVANTARA
FÁCILMENTE**

TRANS-OPERATORIO

FOTO 11



ELIMINACIÓN DE TEJIDO GINGIVAL CON BISTURÍ KIRKLAN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TRANS-OPERATORIO

FOTO 12



GINGIVOPLASTÍA DEL TEJIDO INTERDENTAL EN FORMA PIRAMIDAL

POST-OPERATORIO INMEDIATO

FOTO 13



SUTURA CON PUNTOS SIMPLES EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO, Y ASPECTO DE CICATRIZACIÓN DE LA ENCÍA EN EL CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO.

POST-OPERATORIO

FOTO 14



ASPECTO FINAL DE LA CICATRIZACIÓN 4 MESES DESPUÉS

FOTO 15



ASPECTO FINAL DE LA SONRISA DEL PACIENTE

CONCLUSIONES

“La esencia de la odontología estética es la salud y la belleza; el resto es tecnología”.

Al realizar este estudio sobre el caso clínico se observó que la cirugía estética a través de la técnica de alargamiento coronario es una opción conservadora que nos facilita el tratamiento integral de los pacientes, mejorando su autoestima y seguridad.

Ya que al no usar esta técnica de alargamiento coronario, no solo contribuimos al deterioro de encías y dientes; sino también a la pérdida de la belleza, estética y confort.

La cirugía estética al igual que otras disciplinas está sometida a una serie de reglas y técnicas, es por ello que la sonrisa “ideal” debe adecuarse a los deseos del paciente. El diagnóstico del periodonto se encaminará a un tratamiento estético que preserve pero no comprometa la salud, el soporte periodontal adecuado y el habla.

Para el odontólogo de práctica general con inquietud quirúrgica o sin ella, el realizar alargamiento coronario les orienta sobre las posibilidades que ofrece esta técnica pudiendo restaurar dientes que de otro modo, serían excluidos del plan de tratamiento.

PROPUESTAS

La cirugía estética resulta muy útil, dado que el problema que trata se presenta con mucha frecuencia en la práctica clínica diaria, puede ser por motivos restauradores, o bien por motivos estéticos.

Es por eso que ante tal situación se debe considerar de gran importancia el diagnóstico oportuno que permita realizar procedimientos preventivos, correctivos o alternativos, logrando restaurar dientes que de otra manera serían excluidos del plan de tratamiento.

En caso de detectar un posible alargamiento coronario debemos de:

- Conocer las bases biológicas, que representan la llave para la toma de decisiones clínicas y faciliten el diagnóstico.
- Conocer las causas y análisis de las diversas situaciones donde se presenta una sonrisa gingival.
- Conocer los auxiliares de diagnóstico, para saber ante que tipo de sonrisa gingival presenta el paciente.
- Asumir una conducta terapéutica adecuada, tomando en cuenta las alternativas que podemos brindar al paciente.
- Tener la oportunidad de interactuar con el equipo interdisciplinario que nos conduzca al éxito en los tratamientos.
- Tener en cuenta las posibilidades de éxito ante un tratamiento quirúrgico-estético, sin olvidar la relación diente(s)-periodonto; así como la presencia de enfermedad periodontal y la localización de estas que nos conduzcan a no tener complicaciones en nuestra búsqueda para realizar un alargamiento coronario.

En nuestra estancia en la Clínica Multidisciplinaria Benito Juárez, se observo que la mayoría de los pacientes que ingresan a la clínica requieren tratamiento de alargamiento coronario y no son detectados, ofreciendo solo así tratamientos radicales sin alternativas de tratamiento lo que nos hace pensar que existe una deficiencia en el manejo de la cirugía estética, por tal motivo sería conveniente reforzar la formación del Cirujano Dentista en esta área.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Tovati B. Excellence with simplicity in a esthetic dentistry practical periodontics and aesthetic dentistry 1997; 9(7): 806-812
2. Baima FR. Prostodoncia fija contemporánea. 2ª. Ed. St. Louis: Mosby; 1995. 85-106.
3. Fombellina CF. La elongación coronaria para el practico general. 1ª. Ed. España: Instituto laser de salud buco- dental;1999. 4-75
4. Wilson R. Odontología restauradora intracrevicular. Periodoncia odontológica restauradora 1981; 1 (4): 35-47
5. Scutella F. Surgical template for crown lengthening: a clinical report. The journal of prosthetic dentistry 1999;82 (3): 253-256
6. Lindhe J. Periodontología clínica e implantología odontológica. 3ª ed Madrid: Medica Panamericana;2000. 515-518, 532-548.
7. Dal Zot FM. Surgical crown lengthening : a concept, a clinical reality or a scientific truth?. RFO UPF 1996; 1(1): 31-37.
8. Henry HT. Surgical crown lengthening of the maxillary anterior dentition : Aesthetic considerations; PPAD. 1999; 11: (5): 639-644.
9. Sato N. Cirugia periodontal. Madrid: Quintessence 2002;281-311, 487-499.
10. Cohen Ed. Atlas of cosmetic and reconstructive periodontal surgery. 2a. Ed. United States of America: Wiliamg & Wilkins; 1989. 4-8.
11. Fradeani M. Anterior maxillary aesthetics utilizing all-ceramic restaurations: The International Aesthetic chronicle; 1995; 7(7): 53-64

12. Celenza F. Using a fixed provisional as an orthodontic anchor in forced eruption. PPAD. 2000; 12 (5) : 479-482.
13. Cambra J. Manual de cirugía periodontal, periapical y de colocación de implantes. 1ª. Ed. Madrid: Mosby; 1996. 16-18
14. Grant D. A. & Stern B.I. (1988) Periodontics (6º ed) : The C. V. Mosby Company
15. Belém NAJ. Cirugía periodontal con finalidad protésica. Boston EUA: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas; 2001; 7-33.
16. Philip MH. Essecntials of periodontics. EUA: Mosby;1990;62-68
17. Cambra J. Manual de cirugía periodontal, periapical y de colocación de implantes. 1ª. Ed. Madrid: Mosby; 1996. 16-18
18. Flemmig T. Compendio de periodoncia. Barcelona: Masson; 1995. 37, 75-77.
19. Liñares SJ. Endodoncia quirúrgica. 1ª.Ed. España: Instituto Laser de salud buco-dental; 2000. 41-51
20. Dermont JS. Periodontología. Holanda: Year book Medical; 1979.13-25
21. Kinosshta S. Atlas a color de periodoncia. Barcelona: Espex;2001.190-196
22. Bermudo AL. Cirugía oral. 1ª. Ed. España: Instituto Laser de Salud Buco- dental; 1999. 4-75.
23. Gay EC. Cirugía bucal. Madrid: Ergón;1999. P-165-177.

24. Rodríguez FC. Parodoncia. México: Méndez Editores; 1999. 303-318
25. Chiche G. Prótesis fija estética en dientes anteriores. Barcelona: Masson; 2000. 177-661
26. Calsina GG. .Alargamiento de corona. {Disponible en red}
27. <http://www.infomed.es/uvd/periodoncia/temames.html>
28. Di Fiore M. P. (1999) Complications of surgical crown lengthening for a maxillary molar with four roots: A clinical report . The Journal of Prosthetic Dentistry, (Vol. 82 no. 3) Lexington, E. U. A. .253-256.
29. Pontoriero R. Surgical crown lengthening: a 12- month clinical wound healing study: Ed. .Jurnal of periodontology 2001; 72(7) : 841-848