



▶ **Biblioteca virtual**

Incluye **e-Book**

Curvas de la cara

Armonización
orofacial

Flávio Monteiro Amado
José Nilo de **Oliveira Freire**
Gabriela Leticia **Natalicio**

Tabla de contenido

Capítulo 1	Presentación	1
Capítulo 2	Belleza: Una introducción Flávio Monteiro Amado	7
Capítulo 3	El odontólogo cirujano y el tratamiento estético de la cara Flávio Monteiro Amado, Gabriela Leticia Natalicio y Nilo Freire	17
Capítulo 4	El concepto panfacial Flávio Monteiro Amado, Gabriela Leticia Natalicio y Nilo Freire	37
Capítulo 5	Análisis facial Mayara Paim Patel, Fabrício Pinelli Valarelli y Flávio Monteiro Amado	83
Capítulo 6	La piel y su envejecimiento Flávio Monteiro Amado y Camila de Oliveira Rodini	127
Capítulo 7	Anatomía de los músculos de la expresión facial Antonio de Castro Rodrigues	145
Capítulo 8	Evaluación inicial Flávio Monteiro Amado	161

AMOLCA

Capítulo 9	Documentación fotográfica	177
	Flávio Monteiro Amado	
Capítulo 10	Toxina botulínica	221
	Gabriela Leticia Natalicio, Flávio Monteiro Amado y Nilo Freire	
Capítulo 11	Relleno orofacial	319
	Nilo Freire, Gabriela Leticia Natalicio y Flávio Monteiro Amado	
Capítulo 12	Bichectomía: Remoción del cuerpo adiposo de la mejilla	391
	Flávio Monteiro Amado, Nilo Freire y Gabriela Leticia Natalicio	
Capítulo 13	Tratamiento de la papada/grasa submentoniana	425
	Subcapítulo 13.1: Tratamiento enzimático	425
	Flávio Monteiro Amado, Gabriela Leticia Natalicio y Nilo Freire	
	Subcapítulo 13.2: Liposucción	455
	Nilo Freire	
Capítulo 14	Corrección de la sonrisa gingival y resolución periodontal:	469
	De la clasificación al tratamiento	
	Mariana Schutzer Ragghianti Zangrando	
	Términos	494

14

Mariana Schutzer Raghianti Zangrando

Corrección de la sonrisa gingival y resolución periodontal: De la clasificación al tratamiento

INTRODUCCIÓN

La valoración y la búsqueda crecientes por la belleza de la sonrisa han aumentado la demanda por procedimientos odontológicos estéticos. Entre esas situaciones de desarmonía de la sonrisa, se incluye la exposición excesiva del tejido gingival al sonreír. La llamada «sonrisa gingival» puede estar asociada al crecimiento vertical del maxilar, a la extrusión dentoalveolar, al labio superior corto, a la hiperactividad del labio superior, a la erupción pasiva alterada (EPA) y a la combinación de esos factores¹. De tales situaciones clínicas, las erupciones pasivas y activas alteradas pueden considerarse de resolución periodontal (Figura 14.1).



Figura 14.1. Imagen clínica de la exposición excesiva del tejido gingival al sonreír.

De acuerdo con el glosario de términos periodontales², la erupción pasiva se define como la exposición dentaria resultante de la migración apical del margen gingival en una localización próxima o ligeramente coronal a la unión cemento-esmalte (UCE). La erupción activa es el proceso en el cual el diente se mueve de su posición germinal hacia una posición funcional en oclusión con el arco opuesto.

En 1931, Gottlieb y Orban³, con el objetivo de caracterizar las fases de la erupción dentaria, las dividieron en: erupción dentaria activa (EDA) y erupción dentaria pasiva (EDP). En este sentido, el proceso eruptivo se inicia con la EDA, que se caracteriza por la erupción del diente de la cripta ósea, el rompimiento del epitelio

oral y, por último, el establecimiento del contacto oclusal con el diente antagonista. Conceptualmente, la EDA se caracteriza por el movimiento dentario en sentido oclusal, que se divide en las fases prefuncional y funcional. La primera fase se presenta desde la formación del diente hasta que este encuentra su posición final de oclusión funcional. En cuanto a la fase funcional, esta se inicia en el momento en el que el diente encuentra su antagonista en el plano oclusal y permanece por toda la vida. Hay una compensación del desgaste oclusal por medio de la deposición de cemento en el tercio apical, para el mantenimiento de los contactos dentarios⁴.

La EDP, por su parte, tiene como característica la migración en sentido apical de los tejidos blandos, en busca de su acomodación sobre la UCE o muy próxima a ella; esto va a determinar la posición del margen gingival⁵. Después del rompimiento del epitelio oral los dos procesos continúan de forma simultánea. Esos eventos forman parte de la determinación de la unión dentogingival con el establecimiento de las distancias biológicas. Según Gargiulo, Wentz y Orban⁶, la unión dentogingival y sus respectivas medidas medias incluyen la inserción conjunta (como media, de 1,07 mm), el epitelio de unión (como media, de 0,97 mm) y el epitelio surcular (como media, de 0,69 mm).

La erupción pasiva alterada (EPA) puede considerarse una variación de la normalidad, por no constituir necesariamente una condición patológica⁷. Esta puede describirse como una condición genética o del desarrollo, que puede estar asociada, muchas veces, a la sonrisa gingival⁸. La EPA se caracteriza por el posicionamiento del tejido gingival sobre el esmalte y, por consiguiente, coronas clínicas cortas⁹. Esa alteración también se ha descrito como erupción pasiva atrasada⁷.

En 1977, Coslet¹⁰ clasificó la EPA en dos tipos y dos subgrupos. Los tipos se clasificaron de acuerdo con el tamaño de la banda de mucosa queratinizada (tipo 1: amplia banda de encía queratinizada; tipo 2: limitada banda de encía queratinizada). Los subgrupos fueron divididos de acuerdo con la distancia de la UCE a la

cresta ósea alveolar (COA), en: A –la COA está localizada apicalmente a la UCE (1,5 mm para la inserción conjuntiva)– y B –la distancia entre la COA y la UCE es menor que 1 mm (insuficiente para la adaptación de la inserción conjuntiva)–. Los tipos de tratamientos indicados para las diferentes situaciones clínicas de EPA se basan en la clasificación de esas condiciones. Los procedimientos varían desde gingivoplastia, reposicionamiento apical del colgajo, hasta la realización de osteotomía y osteoplastia cuando sean necesarias¹⁰.

Esa clasificación propuesta¹⁰ es la más aceptada y utilizada; sin embargo, no considera algunos principios biológicos importantes, como la asociación con la erupción activa alterada (EAA). La EAA se caracteriza por la proximidad o coincidencia de la COA con la UCE¹¹, es decir, por algún motivo el diente no irrumpió por completo de la cripta ósea y encontró el plano oclusal antagonista.

Los sistemas de clasificación existen para permitir que los clínicos puedan identificar un estado de enfermedad y su etiología, patogénesis y tratamiento¹². Por esta razón, Zangrando y cols.¹³ propusieron una modificación en la clasificación con base en una nomenclatura más adecuada a los procesos eruptivos implicados, además de proveer una guía quirúrgica para la resolución periodontal de los casos clínicos.

La clasificación modificada preservó la nomenclatura de EPA tipo I y tipo II de acuerdo con la cantidad de encía o mucosa queratinizada. No obstante, se definieron parámetros numéricos para facilitar el diagnóstico. La EPA tipo I comprende áreas con una banda de encía mayor de 2 mm; la EPA tipo II, áreas con una banda menor o igual a 2 mm. Esos parámetros se definieron de acuerdo con el estudio de Lang y Löe¹⁴, quienes comentaron la necesidad de una banda mayor de 2 mm de mucosa queratinizada para el mantenimiento de la salud gingival. Otra modificación importante de la clasificación fue la exclusión de los subgrupos A y B, pero con la inclusión de las categorías EPA aislada o EPA asociada a EAA (Figuras 14.2 y 14.3).

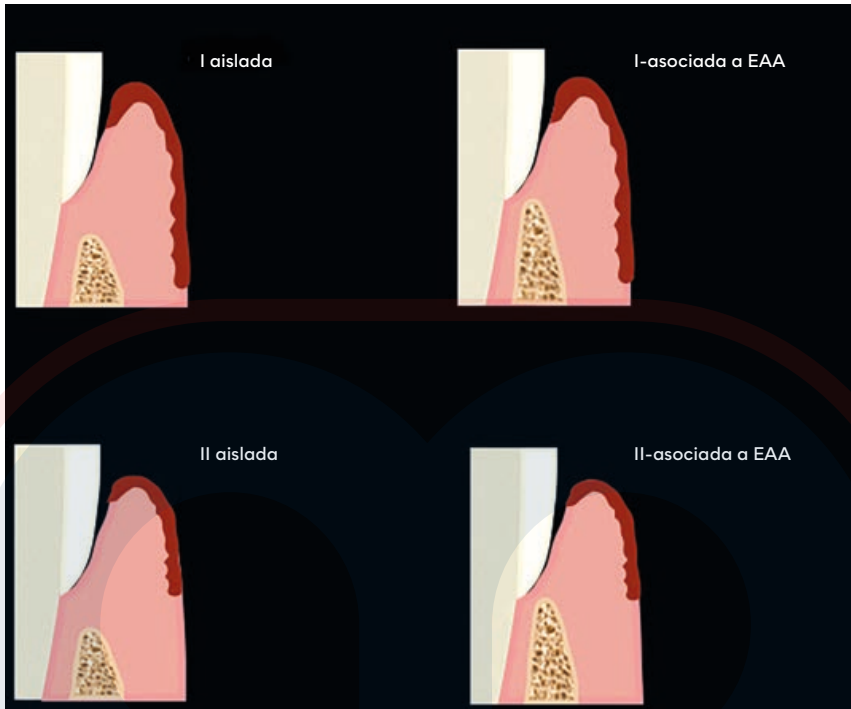


Figura 14.2. I aislada (banda de encía >2 mm, sin EAA); I asociada a EAA (banda de encía >2 mm, proximidad de la cresta ósea a la UCE); II aislada (banda de encía ≤2 mm, sin EAA); II asociada a EAA (banda de encía ≤2 mm, proximidad de la cresta ósea a la UCE).

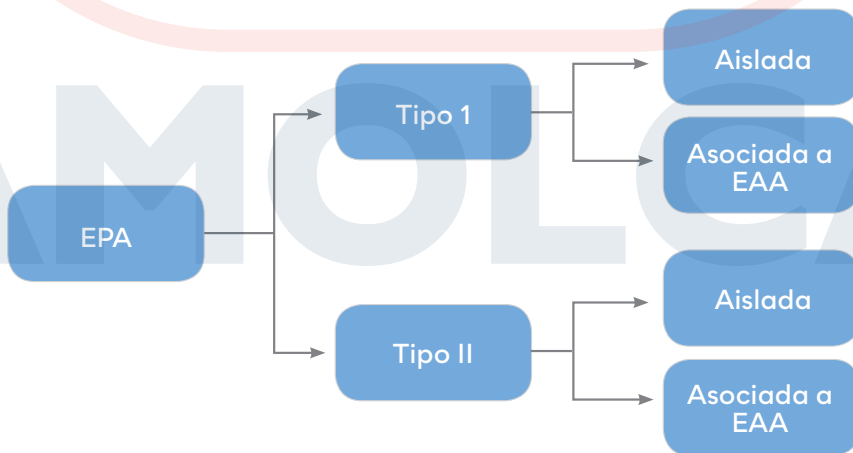


Figura 14.3. Clasificación modificada por Zangrando y cols., 2017¹⁸.

Para trazar una guía quirúrgica de tratamiento de la sonrisa gingival con resolución periodontal, además del diagnóstico de EPA y EAA, otros aspectos relacionados con el biotipo periodontal y la extensión de la EAA son fundamentales. Las características del biotipo periodontal y la proximidad de la cresta ósea a la UCE son fundamentales para definir el diseño de la incisión y la resección ósea necesaria, respectivamente. En el planeamiento quirúrgico, además de la banda de encía, se debe observar el espesor gingival para definir la correcta angulación de la incisión¹⁵. Otro aspecto importante es que la EAA puede ser localizada (solo algunos dientes) o generalizada (sexantes), lo que determina la necesidad y la extensión de la osteotomía o de la osteoplastia.

Aunque la EPA se considera una variación de la normalidad y no una situación patológica⁷, esa condición clínica está asociada con frecuencia a la «sonrisa gingival» y requiere procedimientos quirúrgicos para una corrección¹⁰. La primera etapa para el planeamiento del tratamiento es el correcto diagnóstico de EPA y EAA. Existen diferentes métodos clínicos y estudios por imágenes descritos para ayudar al clínico en ese diagnóstico. Según Coslet y cols.¹⁰, una de las formas de evaluar si la corona anatómica es corta es por medio de la localización de la UCE. Esa referencia anatómica debe estar localizada a una distancia aproximada de 1,5 mm de la cresta ósea, distancia que se corresponde con el espacio necesario para la acomodación de la inserción conjuntiva.

En casos en los que la cresta ósea está muy próxima a la UCE o es coincidente con ella, la localización de esa estructura puede ser más difícil. Un estudio previo mostró un método clínico para diagnosticar la EAA en el que se realiza una comparación entre radiografías periapicales y sondaje periodontal para identificar la distancia entre la cresta ósea y la UCE⁸. Otro método clínico que puede emplearse es el sondaje periodontal transurcular. Después de anestesiar el área, el clínico debe insertar la sonda periodontal en el surco gingival hasta alcanzar la cresta ósea; entonces se mide la distancia de la cresta ósea a la UCE^{16,17}. Esa técnica exige que el clínico tenga buena sensibilidad táctil y experiencia para localizar la UCE, que está debajo del tejido gingival (Figura 14.4).

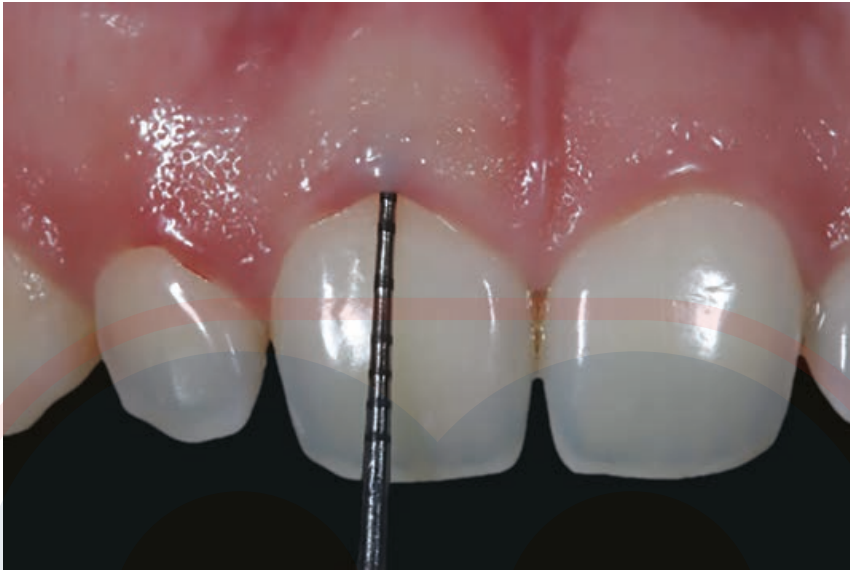


Figura 14.4. Imagen clínica de la inserción de la sonda periodontal en el surco gingival, con el fin de localizar importantes referencias anatómicas: la UCE y la cresta ósea.

Además de los métodos clínicos, se indica el uso de la tomografía computarizada con ayuda de un retractor labial para visualizar las dimensiones del tejido gingival y su relación con el tejido óseo¹⁸. Esa técnica permite medir la distancia precisa de la UCE a la cresta ósea (Figura 14.5 A), el espesor del tejido gingival (Figura 14.5 B) y el posicionamiento del margen gingival arriba de la UCE (Figura 14.5 C), datos esenciales para el diagnóstico de la EPA y de la EAA.

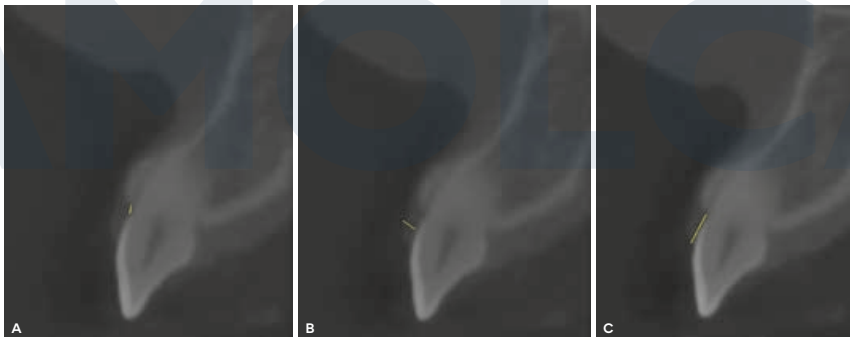


Figura 14.5. Imágenes tomográficas que posibilitan el planeamiento quirúrgico. (A) Distancia de la UCE a la cresta ósea. (B) Espesor del tejido gingival. (C) Posicionamiento del margen gingival arriba de la UCE.

Además de la importancia de la distancia entre la cresta ósea y la UCE, los clínicos deben considerar el biotipo periodontal en el planeamiento quirúrgico. El biotipo periodontal considerado plano y grueso suele presentar un tejido blando denso y fibrótico, una banda adecuada de encía, papilas cortas y voluminosas y tejido óseo subyacente grueso. El biotipo periodontal delgado puede presentar tejido blando delgado y una banda estrecha de encía con papilas largas y estrechas sobre tejido óseo delgado¹⁵. Por lo general, la prevalencia de la EPA es más común en individuos con biotipo periodontal grueso¹⁹. De acuerdo con el conocimiento de los autores, no hay suficiente evidencia en la literatura para medir la prevalencia de la EPA en adultos.

En el estudio de Nart y cols.¹⁹ se evaluó la prevalencia de la EPA en pacientes que pasaron por tratamiento ortodóntico, en comparación con los pacientes que no necesitaban de ortodoncia. Los autores concluyeron que la prevalencia de la EPA en los pacientes tratados previamente con ortodoncia es mayor, pero no es estadísticamente significativa, y que es más común en individuos con biotipo gingival grueso. Según Volchansky y Cleaton-Jones⁷, los pacientes con biotipo gingival grueso son más prevalentes en casos de EPA. Una posible causa de la dificultad de encontrar respaldo para los datos de prevalencia de esa condición se debe al hecho de que es difícil que los odontólogos cirujanos diagnostiquen la EPA. Se ha reportado la existencia de datos sobre la prevalencia de la condición en pacientes jóvenes; sin embargo, esa información debe utilizarse con cautela, dado que los procesos eruptivos entran en equilibrio al final de la adolescencia, alrededor de los 20 años de edad. En este sentido, la edad es un factor fundamental para el diagnóstico correcto^{7,19,20}.

Para obtener resultados adecuados y más previsibles en el tratamiento quirúrgico estético de casos de EPA y EPA asociada a EAA debe prestarse atención a algunos detalles técnicos específicos para cada clasificación. De acuerdo con la clasificación modificada, en el tipo I, como hay una adecuada banda de encía, se puede optar por remover el tejido mediante una incisión de bisel externo (gingivoplastia) o de bisel interno. En el tipo II, la banda de encía es estrecha, por lo

que se debe realizar una incisión intrasurcular con reposicionamiento apical del colgajo. En casos de EPA aislada, no hay necesidad de remoción ósea por medio de osteotomía. No obstante, cuando hay asociación con EAA, además del manejo del tejido blando, la resección ósea se vuelve fundamental para prevenir la migración coronal del tejido gingival, con el fin de restablecer las distancias biológicas correctas (Figura 14.6).

EPA	TIPO I	TIPO II
Aislada	Gingivoplastia o bisel interno	Intrasurcular + Reposicionamiento apical del colgajo
Asociada a EAA	Bisel interno + Resección ósea	Intrasurcular + Reposicionamiento apical del colgajo + Resección ósea

Figura 14.6. Clasificación modificada y los respectivos tratamientos para cada categoría.

Aunque la literatura es escasa, existe una tendencia de mayor ocurrencia de EPA y EAA en pacientes con biotipo grueso. De este modo, la mayoría de las variaciones de técnicas ocurre en el tipo I y la identificación del biotipo periodontal es esencial para el planeamiento de las incisiones. La gingivoplastia se indica cuan-

do la EPA no está asociada a EAA, por lo que no resulta necesario el abordaje óseo. Las incisiones de bisel interno con posterior desprendimiento del colgajo se indican en casos de EPA asociada a EAA, ya que será necesario algún abordaje en tejido óseo. En los casos de biotipos periodontales gruesos, deberá removerse tanto altura como espesor de tejido blando; en este sentido, la incisión de bisel interno debe hacerse con una angulación aproximada de 45 grados con relación al eje largo del diente (Figura 14.7 A). Esa angulación permitirá la remoción de un collar gingival, pero también reducirá el volumen excesivo de tejido blando (Figura 14.7 B).

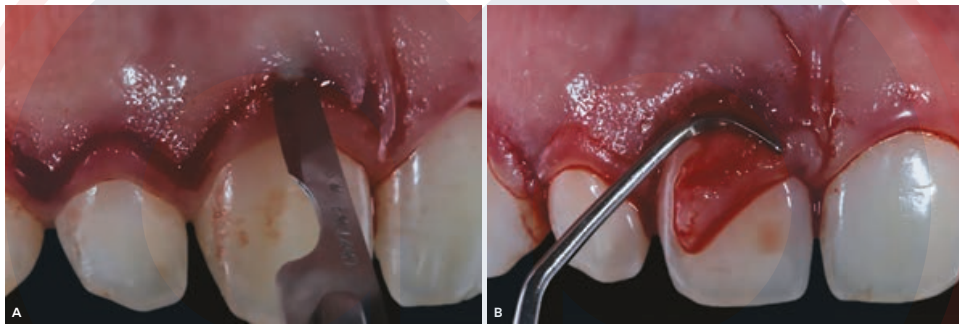


Figura 14.7. Imagen clínica de la incisión de bisel interno en 45 grados (A) para la remoción de altura y espesor del tejido gingival (B).

Otro parámetro numérico definido en la clasificación modificada¹³ se refiere al espesor del tejido. Kan y cols.²¹, compararon la evaluación de la visibilidad de la sonda por transparencia, durante el sondaje periodontal, con medidas clínicas del espesor gingival. Se observó que el biotipo era siempre delgado (la sonda aparecía por transparencia gingival) cuando el espesor gingival presentaba 0,6 mm. El biotipo era siempre grueso (la sonda no aparecía por transparencia gingival) cuando las medidas clínicas del espesor eran mayores que 1,2 mm. Con base en esos hallazgos, los autores propusieron un umbral de 1 mm para diferenciar entre los biotipos periodontales delgado y grueso. De este modo, se estableció que un

valor de espesor gingival mayor que 1 mm se considera tejido grueso y que uno menor o igual a 1 mm es tejido delgado.

Algunos casos clínicos de EPA tipo I pueden presentar un tejido gingival más delgado incluso con una banda adecuada de encía. En esos casos, lo ideal es que se remueva el collar gingival, pero sin reducir el volumen del tejido. Para eso, la incisión puede ser en un ángulo de 90 grados con relación al eje largo del diente, con el fin de remover el mínimo de espesor gingival y evitar la pérdida posterior de altura del margen gingival (Figura 14.8).

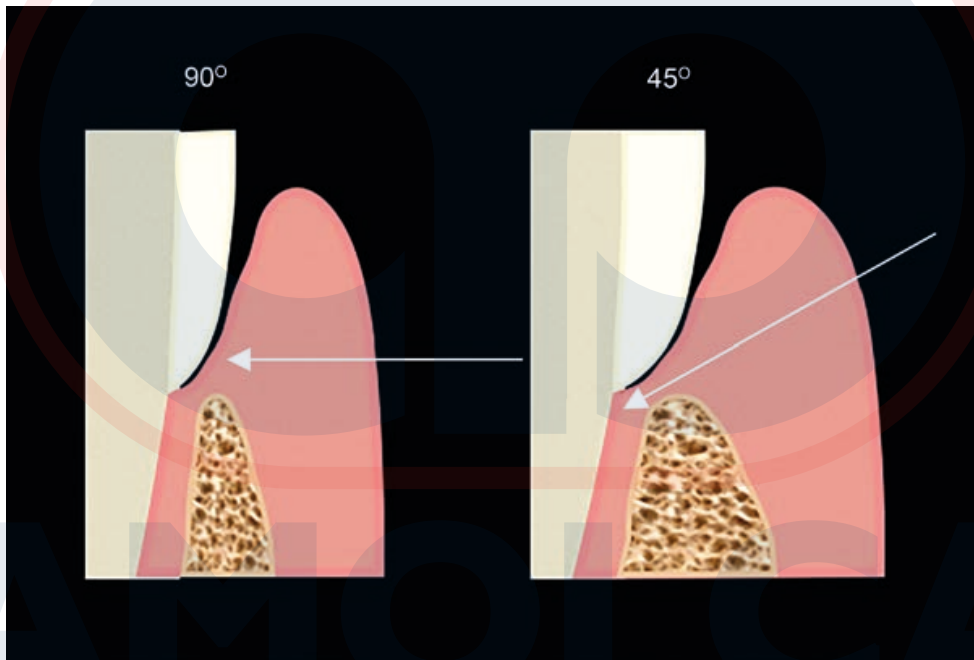


Figura 14.8. Incisión en 90 grados para biotipos delgados (remoción del collar gingival sin la reducción del espesor del tejido blando) e incisión en 45 grados para biotipos gruesos (remoción del collar gingival con la eliminación del exceso de volumen gingival).

Otro detalle técnico de suma importancia es la evaluación previa de la forma y del volumen de la papila. Las áreas con papilas largas y estrechas, comunes en dientes con forma triangular, deben preservarse, sin la resección de tejido interproximal, para evitar espacios negros (*black space*) indeseables. Cuando la papila es voluminosa y corta, lo que es común en dientes con forma cuadrada, la incisión puede incluir la región interproximal para reducir –y adaptar mejor– el volumen de la papila en el espacio interdental (Figura 14.9).

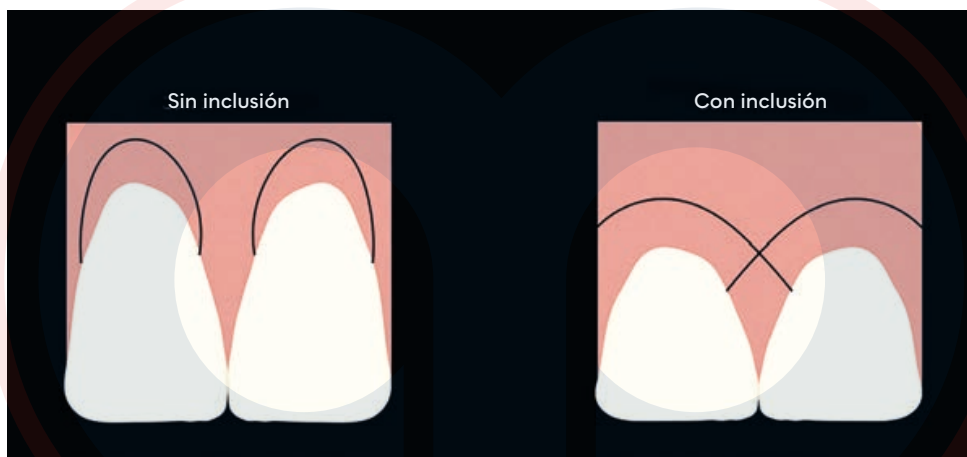


Figura 14.9. Las papilas largas y estrechas no deben incluirse en la incisión de bisel interno; eso preserva su volumen y la forma anatómica. Las papilas cortas y voluminosas deben incluirse en el diseño de la incisión de bisel interno para la reducción de su volumen y una mejor adaptación del tejido en el espacio interproximal.

Cuando la EPA está asociada a EAA, además del planeamiento de las incisiones en tejido blando, la correcta ejecución de la resección ósea es fundamental para prevenir posibles recidivas del tratamiento. Normalmente, la osteotomía debe devolver una distancia aproximada de 2 mm de la UCE a la nueva posición de la cresta ósea marginal. Cabe destacar que la osteotomía es el acto operatorio que

consiste en la remoción de tejido óseo de soporte, es decir, del tejido que tiene fibras del ligamento periodontal. Por su parte, la osteoplastia es el procedimiento de remoción de tejido óseo sin esa característica funcional. Muchas veces, el tejido óseo voluminoso también requiere procedimientos de osteoplastia para remover espesor y, en consecuencia, devolver un contorno óseo adecuado.

Para los abordajes óseos es imperativa la confección de colgajos de espesor total que posibiliten el acceso al tejido óseo. No obstante, cuando se indique el reposicionamiento apical del colgajo, como en los casos de EPA tipo II, el colgajo mixto (espesor total y dividido) es necesario para el anclaje de ese colgajo en el periostio. Según la preferencia del cirujano, puede indicarse incisiones verticales relajantes para el reposicionamiento apical del colgajo, aunque se debe considerar eventuales cicatrices antiestéticas.

Los abordajes quirúrgicos «sin colgajo», más conocidos como *flapless*²², pueden indicarse en casos con necesidad mínima de osteotomía de la cresta ósea marginal y sin necesidad de osteoplastia para la regularización del volumen óseo. No obstante, en los casos de biotipo periodontal más delgado, se debe tener cautela en la manipulación del cincel Ochsenbein para evitar una dilaceración del margen gingival.

Después de la finalización del abordaje óseo, los colgajos por lo general se reposicionan con el uso de suturas simples o suspensorias, en función de la estabilidad alcanzada del margen gingival próximo a la UCE²³. Todos los pasos técnicos deben ser evaluarse y delinearlos cuidadosamente, para así alcanzar resultados clínicos previsibles y satisfactorios.

CASOS CLÍNICOS

• Caso 1

El caso 1 presenta un paciente saludable, de sexo masculino, con 21 años de edad, que refirió compromiso estético al sonreír debido a coronas clínicas cortas del diente 13 al 23 (Figura 14.10). Se observó una amplia banda de encía (mayor de 2 mm) y espesor gingival mayor de 1 mm (Figura 14.11). En el sondaje transurcular, se podía sugerir una coincidencia del posicionamiento de la cresta ósea con relación a la UCE.



Figura 14.10. Imagen clínica de la sonrisa del paciente, que evidencia desnivel de los márgenes gingivales y coronas clínicas aparentes y cortas.



Figura 14.11. Imagen ampliada del área de queja estética del paciente, que demuestra una amplia banda de encía.

El planeamiento abarcó la realización de la cirugía de aumento de corona clínica estética del diente 13 al 23. Se hizo la demarcación del posicionamiento de la UCE en tres puntos vestibulares (mesial, central y distal) de cada diente, para guiar la incisión gingival marginal (Figuras 14.12-14.14). Debido al espesor gingival, la incisión de bisel interno fue en un ángulo de 45 grados con relación al eje largo del diente. Las incisiones no incluyeron la papila interproximal, con el fin de preservar su volumen y anatomía (Figuras 14.15 y 14.16). Se realizó el colgajo de espesor total, para exponer el margen óseo, que se localizaba prácticamente coincidente con la UCE y de forma generalizada, es decir, la EAA estaba presente en la mayoría de los dientes involucrados en el procedimiento quirúrgico (Figura 14.17).



Figura 14.12. Demarcación de los tres puntos vestibulares (mesial, central y distal) de cada diente, tomando como referencia el posicionamiento de la UCE.



Figura 14.13. Sondaje periodontal para la localización de la UCE.



Figura 14.14. Transferencia de la medida del posicionamiento de la UCE para demarcar el tejido gingival.



Figura 14.15. Incisiones de bisel interno sin incluir la papila interproximal.



Figura 14.16. Remoción del collar gingival.



Figura 14.17. Colgajo de espesor total que expone el margen óseo, que se localizaba, prácticamente, coincidente con la UCE, lo que evidenciaba el proceso de erupción activa alterada.

Se clasificó al paciente como EPA-I-EAA. Se realizó la osteotomía para restablecer una distancia aproximada de 2 mm de la UCE a la cresta ósea alveolar (Figura 14.18). La osteoplastia tuvo como objetivo eliminar el volumen óseo excesivo y delimitar surcos de escape, fosas y bolsas óseas. El colgajo se estabilizó a la altura de la UCE con suturas suspensorias (Figura 14.19). Seis meses después de la cirugía, las dimensiones de los dientes y el contorno gingival se restablecieron, con total satisfacción estética del paciente (Figuras 14.20-14.23).



Figura 14.18. Se llevó a cabo una osteotomía para restablecer la distancia de aproximadamente 2 mm de la UCE a la cresta ósea alveolar.



Figura 14.19. Estabilización del colgajo a la altura de la UCE con suturas suspensorias.



Figura 14.20. Seis meses después de la cirugía, se restablecieron las dimensiones de los dientes y el contorno gingival.



Figura 14.21. Imagen ampliada del resultado obtenido, con total satisfacción estética del paciente.



Figura 14.22. Imagen inicial del paciente que refirió compromiso estético al sonreír.



Figura 14.23. Imagen de la sonrisa después del procedimiento quirúrgico, que demuestra un resultado estético y armónico.

- **Caso 2**

En el caso 2, la paciente, de sexo femenino, con 20 años de edad, también refirió compromiso estético al sonreír debido a coronas clínicas cortas del diente 15 al 25 (Figura 14.24). Se observó una amplia banda de encía (mayor de 2 mm) y un espesor gingival mayor de 1 mm (Figura 14.25). Por medio de las imágenes tomográficas se observó un biotipo periodontal grueso y un posicionamiento muy próximo de la cresta ósea a la UCE (Figuras 14.26 y 14.27).



Figura 14.24. Imagen clínica de la sonrisa de la paciente, que evidencia sonrisa gingival y coronas clínicas aparentes y cortas.



Figura 14.25. Imagen ampliada del área de queja estética de la paciente, que demuestra una amplia banda de encía.



Figura 14.26. Imagen tomográfica que demuestra el posicionamiento próximo de la cresta ósea a la UCE.



Figura 14.27. Imagen tomográfica que demuestra el espesor del tejido gingival marginal (biotipo periodontal grueso).

Para ese caso, se realizó una cirugía de aumento de corona clínica estética de los dientes 15 al 25. En primer lugar, se demarcó puntos guía con la sonda periodontal, con base en el posicionamiento de la UCE, lo que posibilitó el diseño inicial de la incisión (Figura 14.28). Posteriormente, después del diseño superficial, se hizo la incisión de bisel interno con angulación de 45 grados con relación al eje largo del diente (Figura 14.29). Las papilas interproximales se incluyeron en el diseño de la incisión, con el fin de devolver una anatomía más triangular (Figura 14.30). Se hizo el colgajo de espesor total, para exponer el margen óseo que se localizaba a una distancia aproximada de 1 mm de la UCE, de forma generalizada (Figura 14.31). Se observó también volumen óseo con necesidad de osteoplastia.



Figura 14.28. Incisiones de bisel interno con inclusión de las papilas interproximales.



Figura 14.29. Incisión de bisel interno con angulación de 45 grados con relación al eje largo del diente.



Figura 14.30. Remoción parcial del collar gingival.



Figura 14.31. Colgajo de espesor total que expone el margen óseo, que se localizaba a una distancia aproximada de 1 mm de la UCE de forma generalizada.

Se clasificó a la paciente como EPA-I-EAA (véase la figura del colgajo levantado donde se muestra la posición de la COA). Como en el caso anterior, se realizaron los procedimientos de osteotomía y osteoplastia (Figura 14.32). El colgajo se estabilizó a la altura de la UCE con suturas suspensorias (Figura 14.33). Tres meses después de la cirugía, las dimensiones de los dientes y el contorno gingival se restablecieron, con total satisfacción estética de la paciente (Figuras 14.34 y 14.35).



Figura 14.32. Se realizó una osteotomía para restablecer la distancia de aproximadamente 2 mm de la UCE a la cresta ósea alveolar.



Figura 14.33. Colgajo estabilizado a la altura de la UCE con suturas suspensorias.



Figura 14.34. Tres meses después de la operación, se restablecieron las dimensiones de los dientes y el contorno gingival.



Figura 14.35. Imagen ampliada del resultado obtenido, con total satisfacción estética de la paciente.

• Caso 3

En el caso 3, la paciente, de sexo femenino, con 22 años de edad, refirió compromiso estético al sonreír debido a coronas clínicas cortas del diente 15 al 25 (Figura 14.36). Se observó una amplia banda de encía (mayor de 2 mm), pero un espesor gingival muy próximo a 1 mm (Figura 14.37). En el sondaje transurcular, se podía sugerir una distancia adecuada entre la cresta ósea y la UCE (de aproximadamente 2 mm) en la mayoría de los elementos.



Figura 14.36. Imagen clínica de la sonrisa de la paciente, que evidencia sonrisa gingival y coronas clínicas aparentes y cortas.



Figura 14.37. Imagen ampliada del área de queja estética de la paciente, que demuestra una amplia banda de encía.

Se realizó, entonces, cirugía de aumento de corona clínica estética del diente 15 al 25. De la misma forma que en los casos anteriores, se hizo la demarcación de la UCE y el diseño superficial de la incisión (Figura 14.38). Debido al espesor gingival, se optó por hacer la incisión en un ángulo de 90 grados con relación al eje largo del diente. Las papilas se incluyeron en el diseño de la incisión, con el fin de devolver la anatomía más triangular de la papila interproximal. Se hizo el colgajo de espesor total, para exponer el margen óseo que se localizaba a una distancia aproximada de 2 mm de la UCE en la mayoría de los dientes (Figura 14.39). No obstante, se pudo observar volumen óseo con necesidad de osteoplastia.



Figura 14.38. Diseño superficial de la incisión realizada en 90 grados con relación al eje largo del diente, con inclusión de las papilas.



Figura 14.39. Colgajo de espesor total que expone el margen óseo, que se localizaba a, aproximadamente, 2 mm de la UCE en la mayoría de los dientes.

Se clasificó a la paciente como EPA-I. Después de la osteoplastia y de la regularización de las crestas óseas marginales, se estabilizó el colgajo a la altura de la UCE con suturas suspensorias (Figuras 14.40 y 14.41). Cuatro meses después de la operación, se observó contorno y textura gingival adecuados, exposición de las coronas clínicas aparentes (Figuras 14.42 y 14.43) y un resultado armonioso de la sonrisa (Figura 14.44).



Figura 14.40. Osteoplastia y regularización de las crestas óseas marginales.



Figura 14.41. Estabilización del colgajo a la altura de la UCE con suturas suspensorias.



Figura 14.42. Cuatro meses después de la operación, se observó contorno y textura gingival adecuados.



Figura 14.43. Imagen ampliada que evidencia el aspecto saludable del tejido gingival.



Figura 14.44. Exposición de las coronas clínicas aparentes con resultado armonioso de la sonrisa.

CONCLUSIÓN

La valoración de la estética ha crecido en forma exponencial; en ese contexto, la odontología desempeña un papel muy importante: devolver una sonrisa armoniosa.

La llamada «sonrisa gingival» puede tener diferentes factores etiológicos, entre ellos la EPA y/o la EAA. Esas situaciones clínicas de resolución periodontal deben evaluarse de manera minuciosa para que el tratamiento quirúrgico sea exitoso.

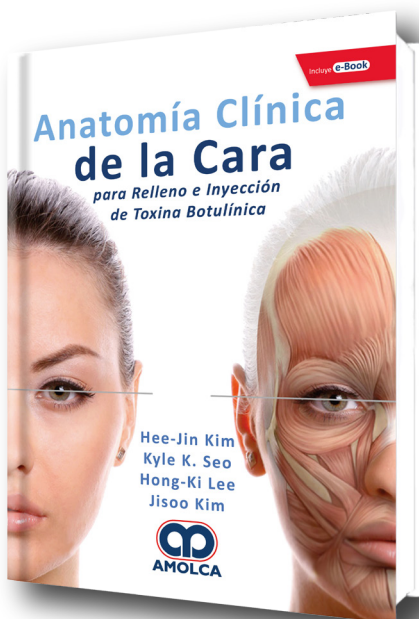
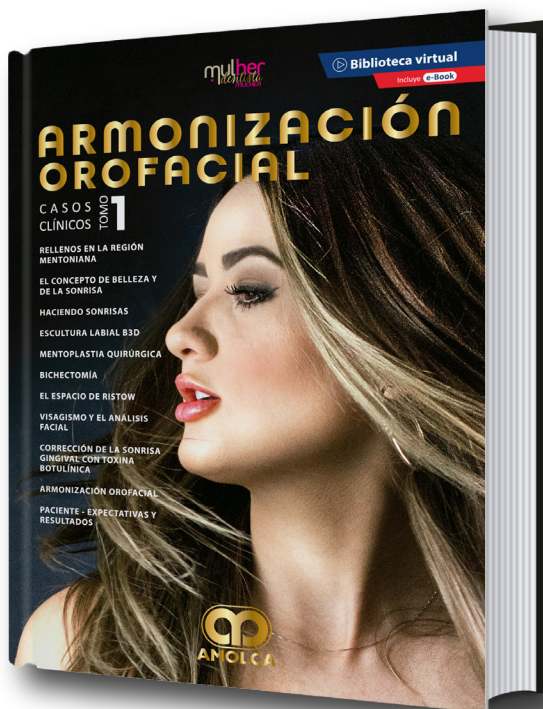
Con ese objetivo, la clasificación modificada de Zangrando y cols.¹³ tomó en cuenta eventos biológicos importantes, como la EPA y la EAA, e hizo énfasis en la importancia del biotipo periodontal en el diagnóstico y en el planeamiento quirúrgico. Además, la clasificación definió parámetros numéricos con relación a la altura y al espesor del tejido gingival, con el fin de guiar mejor al clínico en la toma de decisiones ante las diferentes posibilidades terapéuticas de la sonrisa gingival con resolución periodontal. De esta forma, el tratamiento quirúrgico de esa condición clínica que afecta la estética tiende a ser más previsible y seguro.

AMOLCA

Otros títulos de su interés



ESTÉTICA DENTAL



AMOLCA