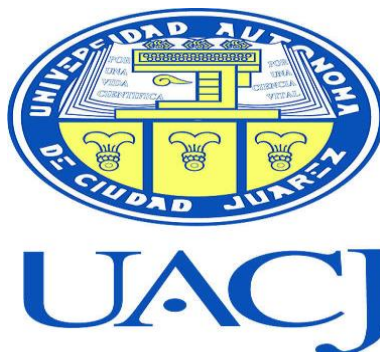


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CIUDAD JUAREZ  
INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMEDICAS  
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA

POSGRADO DE PERIODONCIA  
GENERACION 2014-2015



**“ALTERNATIVA PARA LA SONRISA GINGIVAL:  
REPOSICIONAMIENTO DE LABIO”**

REQUISITO PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALIDAD EN PERIODONCIA

**PRESENTA:**

KARLA LORENA QUINTANA PEREZ

**ASESOR:**

C.D.E.P SILVIA LOPEZ DOMINGUEZ

## DEDICATORIA

*A Dios por darme la fortaleza que me permitió estar aquí  
y concederme a mi hermosa familia.*

*A mis padres que siempre me apoyaron sin exigirme nada  
solo me mostraron ese lado bondadoso, humilde y fuerte  
con el que se enfrenta la vida Y por hacer de mí un buen  
ser humano.*

*A Cristian Castañeda un gran compañero y amigo que a  
pesar de ya no estar aquí, me sigues recordando que uno  
debe luchar por lo que ama en la vida.*

*Y con dedicatoria especial a mi hermana que es el impulso  
de mí día a día, para demostrarle de lo que somos capaces  
gracias a las enseñanzas de nuestros padres.*

## *AGRADECIMIENTOS*

*A mis compañeros de posgrado y ahora grandes amigos, por siempre estar ahí apoyando, compartiendo y motivando día a día, hicieron de esta etapa una de las mejores en mi vida.*

*A mis colegas y amigos, Ricardo Salguero, Leslie Agüero, Fernando Robles y Jocelyn Valdez por siempre apoyar mis metas y sueños sin dudar de mí..*

*A mi familia que dieron un gran apoyo y sin ellos no lo hubiera logrado.*

*A mis profesores por poner de sí lo mejor y siempre dispuestos a pasar sus conocimientos apoyandome cada etapa del posgrado.*



## Contenido

RESUMEN .....	8
INTRODUCCIÓN .....	9
TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	11
FASE SISTEMICA DEL TRATAMIENTO .....	12
FASE HIGIENICA DEL TRATAMIENTO.....	12
TERAPIA BASICA PERIODONTAL.....	13
EVALUACIÓN AL MES .....	15
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	15
AGRANDAMIENTO GINGIVAL.....	16
AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO .....	18
AGRANDAMIENTO CRONICO.....	18
TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL .....	19
AGRANDAMIENTO GINGIVAL .....	19
AGRANDAMIENTO POR FARMACOS .....	19
TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL.....	20
AGRANDAMIENTO RELACIONADO CON.....	20
ENFERMEDADES SISTÉMICAS .....	20
AGRANDAMIENTO CONDICIONADO .....	20
ENFERMEDADES SISTÉMICAS QUE CAUSAN AGRANDAMIENTOGINGIVAL.....	21
TRATAMIENTO .....	21
AGRANDAMIENTO NEOPLÁSICO.....	21
(TUMORESGINGIVALES) .....	21
AGRANDAMIENTO FALSO.....	22
FRENILLOS .....	23
Frenillo Labial Superior.....	23

Diagnóstico Del Frenillo.....	24
<i>Tratamiento para eliminar el Frenillo</i> .....	24
Técnicas Quirúrgicas .....	25
Indicaciones De Frenectomía .....	26
Frenillo Labial Inferior .....	26
Tipos De Frenillo Labial Inferior .....	26
Signos Clínicos.....	26
Tratamiento Para Eliminar Frenillo Labial Inferior.....	27
Frenillo Lingual.....	27
Tipos De Frenillo Lingual .....	27
Signos Clínicos.....	27
Tratamiento Del Frenillo Lingual.....	28
REPOSICIONAMIENTO DE LABIO .....	28
ANÁLISIS DE LA SONRISA.....	29
SONRISA .....	29
FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SONRISA.....	30
Tamaño de los dientes .....	30
Visibilidad Dentaria .....	30
Línea de Sonrisa .....	30
Línea Labial .....	31
Sonrisa Gingival.....	31
Línea Gingival.....	31
Espacio Negro .....	32
Línea Media .....	32
ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO ESTÉTICO .....	32
BIOTIPOS PERIODONTALES .....	33
BIOTIPO FINO O FESTONEADO .....	33
BIOTIPO GRUESO O PLANO .....	33
SONRISA GINGIVAL .....	33
<i>TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA CORRECCIÓN DE LA SONRISA GINGIVAL</i> .....	34
SIN REMOCIÓN DE TEJIDO ÓSEO .....	34
CON REMOCIÓN DE TEJIDO ÓSEO .....	34

TÉCNICAS DE ALARGAMIENTO DE CORONA.....	34
GINGIVECTOMÍA A BISEL EXTERNO .....	34
TÉCNICA QUIRÚRGICA.....	35
GINGIVECTOMÍA A BISEL INTERNO (Técnica Quirúrgica).....	35
COLGAJO CON REPOSICIÓN APICAL Y REMODELADO ÓSEO .....	35
Técnica Quirúrgica .....	35
CICATRIZACIÓN .....	36
EXTRUSIÓN FORZADA .....	36
TÉCNICA.....	36
SUTURAS .....	37
SUTURAS REABSORBIBLES.....	38
SUTURAS NO REABSORBIBLES.....	38
DESARROLLO DE CASOS CLINICOS.....	39
CASO NUMERO 1.....	39
CASO CLINICO 2 .....	45
CASO CLINICO NUMERO 3.....	49
CASO CLINICO NUMERO 4.....	50
CONCLUSION .....	51
BIBLIOGRAFIA: .....	53

## RESUMEN

*“Desde el origen del hombre hasta la actualidad, sin importar raza, cultura, clase social, la sonrisa natural ha sido considerada como un reflejo involuntario que demuestra alegría, agrado, y satisfacción es por ello que se dice que “La sonrisa refleja el alma”. (Balsells, Cams, & Ustrell, 2008).*

La sonrisa es una expresión del ser humano que muestra el estado anímico y juega un papel importante dentro de la estética facial del paciente, es por eso que cuando existen variaciones en la anatomía facial o gingival y se genera una sobreexposición de encía a lo que se denomina sonrisa gingival alta, los pacientes sienten molestia e inconformidad al momento de sonreír, esto conlleva a una afectación psicológica que a su vez provoca timidez y retraimiento social; en la actualidad, hay opciones quirúrgicas que ayudan a reducir la cantidad de encía que se muestra al momento de sonreír, una de las variantes quirúrgicas que se ha empleado últimamente es la reposición labial que consiste en retirar una banda de tejido epitelial en forma de elipse y suturar la mucosa del labio hacia la línea mucogingival. El resultado genera un vestíbulo más estrecho, lo que va a generar una restricción de movimiento en los músculos peribucales descendiendo así, de forma casi imperceptible, el labio y ayudando a reducir la cantidad de encía que se exhibe al momento de sonreír. Para el presente caso clínico se utilizó conjuntamente técnicas quirúrgicas adicionales como gingivectomía para generar un contorno gingival armónico y frenectomía para generar una reinserción adecuada del frenillo labial superior, estas técnicas que ayudaron a llegar, de mejor manera, al resultado que la paciente buscaba, obtener una sonrisa estética y armónica que le permita recobrar su autoestima.

**PALABRAS CLAVES:** SONRISA, REPOSICION DE LABIO, ESTETICA, PERIODONCIA.

## INTRODUCCIÓN

Desde el origen del hombre hasta la actualidad, sin importar raza, cultura, clase social, la sonrisa natural ha sido considerada como un reflejo involuntario que demuestra alegría, agrado, y satisfacción es por ello que se dice que “La sonrisa refleja el alma” (Balsfels, Cams, & Ustrell, 2008).

La aplicación de tratamientos y técnicas odontológicas tiene como objetivo principal mantener una salud bucal óptima, logrando el bienestar de los pacientes permitiendo un desenvolvimiento en la vida diaria sin complicaciones físicas ni molestias, en todo lo relacionado al sistema estomatognático. Además de la salud bucal, la odontología abarca otros campos relacionados a la estética, permitiendo llegar a cumplir con estándares de “belleza” utilizados comúnmente en el mundo actual, esto permite reafirmar la confianza en el paciente elevando el aspecto emocional del mismo (Moncada, 2008).

Revisando la historia se revela que en el Renacimiento utilizaron y describieron técnicas especiales para la corrección del labio superior corto. En 1643 se cita la eliminación quirúrgica del frenillo de labio superior como posible solución para la sonrisa gingival (Duarte, 2010).

Lintton y Fournier en 1979 desarrollaron una simple técnica para disminuir la sonrisa gingival, que básicamente consistió en retirar una banda mucosa en forma de elipse, de la mucosa del labio superior, terminando con la sutura de los bordes; el tratamiento tradicional, incluía el manejo quirúrgico del labio superior; sin embargo con esta técnica se generaba un labio corto, y en ocasiones agravaba el problema de la sonrisa gingival, además al realizarse estos procedimientos se dejaban cicatrices visibles generando molestias estéticas (Ezquerro, 1999).

En 1983 Miskinyar describió un procedimiento en el que se incide de manera transversal el fondo del surco gíngivolabial, localizando la 2 inserción del músculo elevador del labio superior, seccionándolo por debajo de su inserción ósea, así se evita la tracción que ejerce sobre el labio superior, siendo importante tomar en cuenta que esta operación va a alterar de manera significativa el movimiento del labio superior, jugando así un papel importante en la expresión facial (Chacón, 2011).

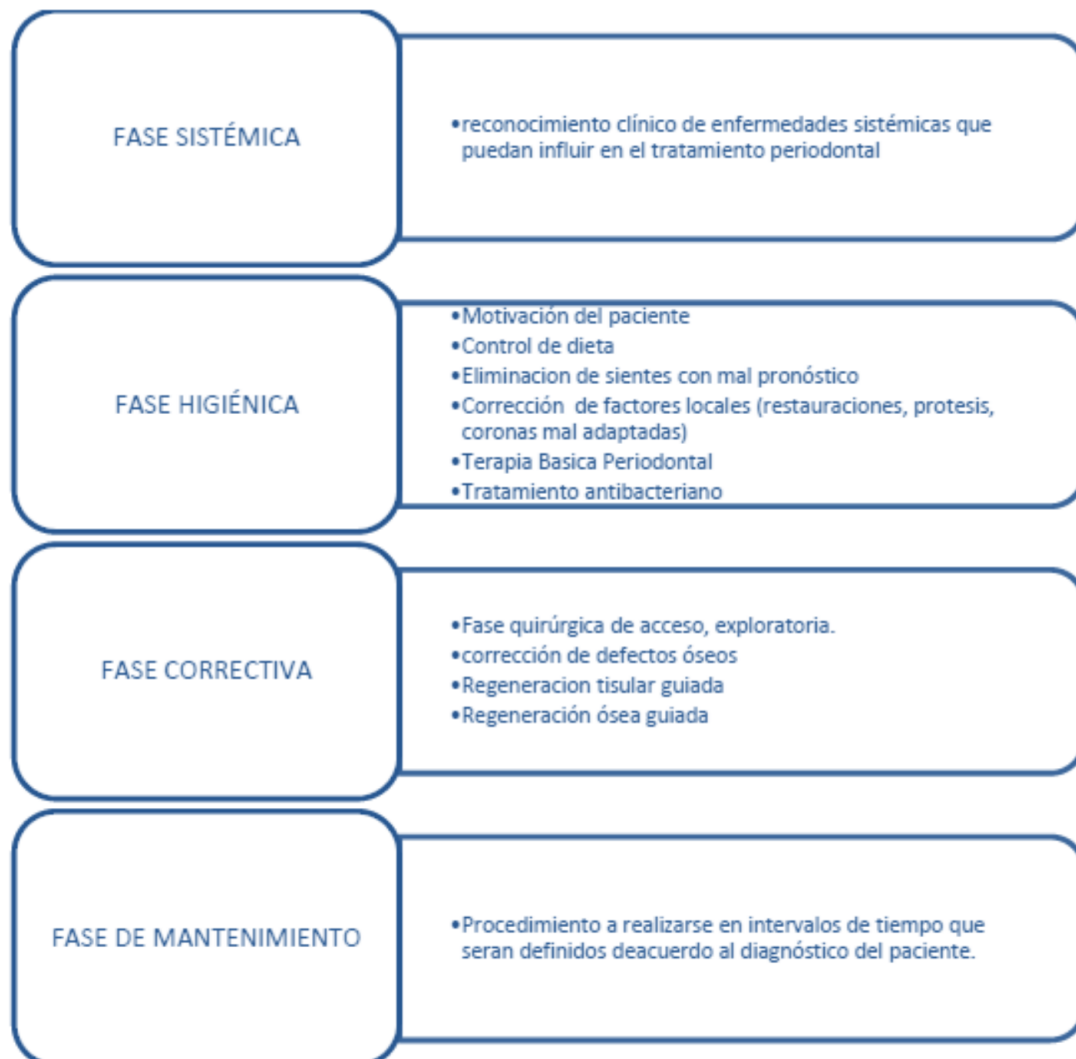
Es importante señalar también que a mediados del siglo XX, en el año 1951 Goldman describe una técnica en la que previo a un sondeo, realiza incisiones en las superficies vestibulares y linguales retirando tejido mediante el uso de curetas, permitiendo corregir problemas estéticos como la “sonrisa gingival”, dicha técnica se ha ido perfeccionando con el pasar de los años mediante la mejora de materiales y equipo utilizados, reduciendo el compromiso infeccioso que se puede generar y acortando el tiempo de cicatrización, ayudados en estudios que han permitido realizar recomendaciones adecuadas para el cuidado por parte del paciente; a la vez se han planteado y encontrado técnicas adicionales que facilitan la eliminación de la “sonrisa gingival” como la reposición labial y frenectomía las cuales pueden ser realizadas a la par dentro de una sola cirugía sin causar efectos secundarios, al contrario siendo muy provechosas para el bienestar del paciente (Chacón, Castro, Pérez, Cervantes, & González, 2008).

## TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

El tratamiento periodontal debe ser individualizado de acuerdo a los datos obtenidos del paciente, teniendo como objetivo erradicar la infección e inflamación. (Genco & Williams, 2011)

Para empezar a tratar la enfermedad periodontal empezamos con la terapia inicial que consiste en modificar la conducta del paciente con, terapia básica periodontal, alterar los nichos ecológicos. (Romanelli, Adams, & Schinini, 2012)

Las etapas del plan de tratamiento periodontal se detallan en el gráfico:



## **FASE SISTEMICA DEL TRATAMIENTO**

En esta fase nos enfocaremos en la identificación apropiada de enfermedades sistémicas y su impacto a la etiología de la enfermedad periodontal. Y así mediante una acción conjunta médico- odontólogo tratar el problema periodontal de paciente (Fabrizi, Barbieri, Vignoletti, &Bascones, 2007)

## **FASE HIGIENICA DEL TRATAMIENTO**

En esta fase el objetivo principal es eliminar las causas locales de enfermedad periodontal, estas causas pueden ser biofilm y cálculo, restauraciones defectuosas y desbordantes, prótesis mal adaptadas, coronas desbordantes, que causen inflamación e incomodidad al paciente (Haffajee , Uzel, & Arguello, 2004).

Dentro de esta fase tenemos:

- 1. Motivación y fisioterapia oral:** Es muy importante informar al paciente acerca de los problemas de la enfermedad para que tome los cuidados respectivos al momento de la higiene oral.
- 2. Modificar la conducta:** Un paciente que tiene conocimiento de su enfermedad es un paciente que colaborara para el mantenimiento de cualquier tratamiento que se le realice, es esencial modificar la conducta de higiene en el paciente motivarlo para que así el tratamiento sea conjunto y conseguir mejoras clínicas.
- 3. Eliminación de biofilm supra gingival:** La eliminación del biofilm puede darse por medio de técnicas mecánicas con el uso de cepillo manual o eléctrico usados con una correcta técnica de cepillado, centrándonos tanto en caras libres y los espacios interdentales; también se puede ayudar la terapia con uso de antisépticos como enjuagues bucales.

- 4. Alteración de nichos ecológicos:** Consiste en la eliminación de factores retentivos de placa mediante la extracción de dientes irrecuperables, pulido de restauraciones desbordantes, inactivación de caries y cambio o contorno de coronas desbordantes. (Genco & Williams, 2011).

## **TERAPIA BASICA PERIODONTAL**

Esta terapia consiste en el raspado y alisado radicular por cuadrantes o sextantes afectados, usando ultrasonido y curetas, cepillos y copas. El raspado y alisado radicular es indispensable para la eliminación del biofilm duro supra y subgingival, sin embargo existen estudios que demuestran que después de este procedimiento existe hipersensibilidad dentinaria, debido a la exposición de los túbulos dentinarios durante el procedimiento ya que se elimina parte del cemento radicular con este procedimiento (Romero, Escalona, & Acevedo, 2008).

El raspado y alisado radicular consiste en la eliminación de biofilm blando y duro de la superficie coronaria y radicular del diente, utilizando instrumentos neumáticos, ultrasónicos, exploradores, curetas, cepillos y copas, para producir superficies uniformes; el objetivo de este tratamiento es la restitución de la salud gingival eliminando los elementos que causan inflamación, reduciendo los microorganismos presentes en el surco gingival (Armitage, 2005).

Indicaciones para realizar raspado y alisado radicular: tejidos inflamados, tejido gingival sangrante, edematoso, con presencia de bolsas periodontales de más de 4mm, con presencia de biofilm blando y duro en cemento (Carranza & Snajder, 1996).

Las contraindicaciones para realizar raspado y alisado radicular es cuando tenemos: bolsas de 6 a 8mm, dientes multiradicales, perlas del esmalte, concavidades, furcas, biotipo de encía fino, restauraciones desbordantes, (Carranza & Snajder, 1996).

La ventaja que se obtiene al aplicar esta técnica es que nos permite una remoción completa de los organismos que causan inflamación, a la bolsa periodontal y el tejido subyacente; la desventaja es que nos da un limitado acceso cuando las bolsas periodontales son demasiado extensas (+5mm), bolsas infraóseas (Armitage, 2005).

La técnica adecuada es sostener la cureta con el borde cortante hacia el diente colocándolo a 45°, la manera de sostener la cureta es de trípode para tener apoyo digital estable, los movimientos se harán sobre el eje del diente desde el fondo de la bolsa hacia coronal, conforme el cálculo se va removiendo la superficie de la raíz se va alisando. (Genco & Williams, 2011)

La cicatrización después del raspado radicular se produce de la siguiente manera: inmediatamente después del cureteado, un coágulo sanguíneo ocupa la zona de la bolsa que hemos vaciado en el raspado, a continuación hay hemorragia en los tejidos capilares dilatados, poco después aparecen abundantes cantidades de leucocitos polimorfonucleares sobre la superficie afectada, seguido de una rápida proliferación de tejido de granulación, con un descenso del número de vasos sanguíneos pequeños a medida que el tejido madura, al paso de 21 días aparecen fibras colágenas inmaduras. En el transcurso de la cicatrización las fibras gingivales sanas inadvertidamente del diente y los desgarros en el epitelio se reparan (Carranza & Snajder, 1996).

## **EVALUACIÓN AL MES**

La evaluación después de la terapia básica es indispensable ya que con eso podemos evaluar si el tratamiento fue el adecuado o si a la vez necesitamos un tratamiento quirúrgico como un raspado a campo abierto; para esta evaluación es necesario volver a tomar las medidas de nivel de inserción y profundidad de sondeo. (Newman, Takei, & Carranza, 2005).

## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL**

En casos de enfermedad periodontal avanzada se indica el tratamiento quirúrgico ya que la cirugía permite generar contornos óseos y gingivales adecuados y profundidades de sondaje compatibles con salud gingival, lo que facilitará que el paciente pueda mantener la salud (Armitage, 2005).

El tratamiento quirúrgico después de la evaluación y de no haber conseguido el resultado esperado, mediante técnicas resectivas de acuerdo al tejido que debemos eliminar: gingivales, óseas, dentarias; técnicas de acceso mediante colgajos de acceso; técnicas regenerativas óseas y gingivales. Además existen también las técnicas no terapéuticas: cirugía plástica periodontal, cirugía complementaria a la odontología restauradora, cirugía complementaria a la ortodoncia, cirugía complementaria a la implantología. (Romanelli, Adams, & Schinini, 2012).

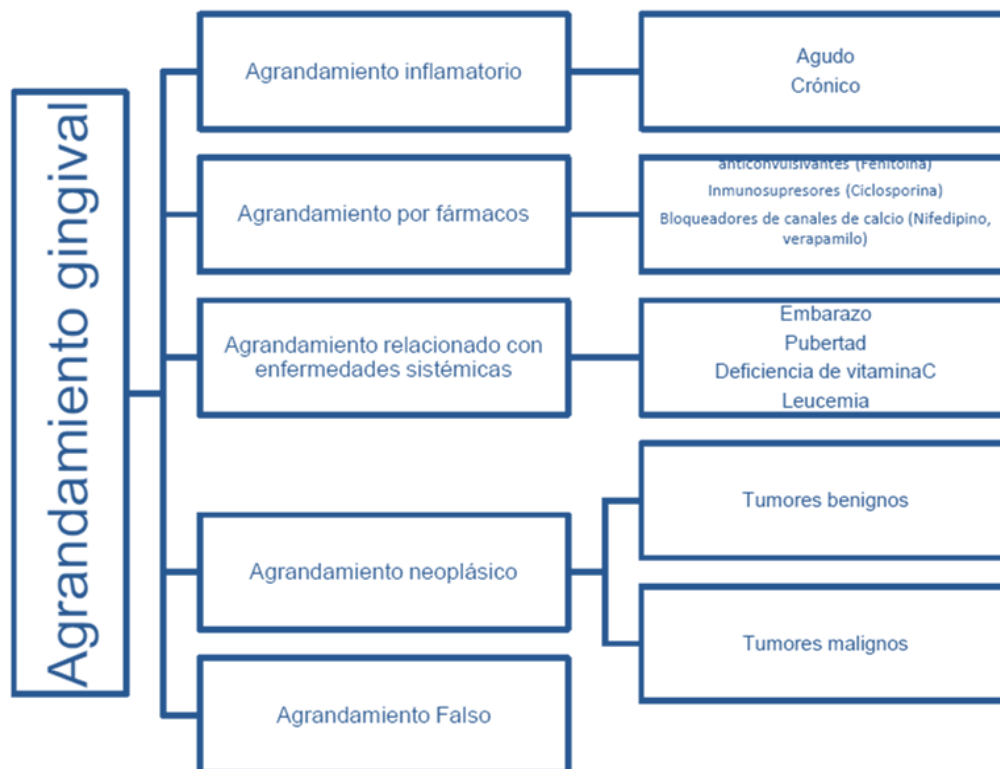
Una vez realizados estos procedimientos dentro del plan de tratamiento es importante tener una reevaluación, remisiones y terapia de mantenimiento (Armitage, 2005).

## AGRANDAMIENTO GINGIVAL

El aumento del tamaño de la encía es una característica frecuente en pacientes que padecen enfermedad periodontal, el término adecuado para referirse a esta patología es agrandamiento gingival. (Newman, Takei, & Carranza, 2005)

Los términos de hiperplasia gingival o gingivitis hipertrófica actualmente ya no son utilizadas debido a que el incremento de tamaño de la encía es por el aumento del estroma, más no del número de células; así se da un aumento exagerado y deformante a la encía normal. (Burgos, 2013)

Las múltiples causas del agrandamiento gingival se clasifican de acuerdo a los factores predisponentes y cambios patológicos. (Newman, Takei, & Carranza, 2005). Como se muestra en el gráfico:



En la siguiente tabla se muestra la clasificación de acuerdo a la localización y distribución:

**LOCALIZADO**: se limita a encía adyacente a un solo diente o un grupo de dientes.

**GENERALIZADO**: afecta a toda la encía de la boca

**MARGINAL**: se limita a la encía marginal

**PAPILAR**: solo se localiza en la papila interdental.

**DIFUSO**: afecta a la encía marginal, insertada y las papilas.

**DISCRETO**: agrandamiento aislado, sésil o pedunculado de aspecto tumoral.

(Carranza & Snajder, 1996)

La clasificación de acuerdo al grado podemos observar en el siguiente gráfico:

GRADO 0	•no hay signos de agrandamiento gingival
GRADO I	•agrandamiento en papila interdental
GRADO II	•agrandamiento en papila y encía marginal
GRADO III	•Agrandamiento cubre tres cuartos o mas de la corona.

(Newman, Takei, & Carranza, 2005)

## **AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO**

Se debe a cambios inflamatorios agudos o crónicos, los que con mayor frecuencia aparecen son los crónicos (Bahamondes & Godoy, 2007).

## **AGRANDAMIENTO CRONICO**

Se origina como una tumefacción leve de la papila interdental, encía marginal o de las 2 en conjunto. En los inicios produce un abultamiento con aspecto de salvavidas alrededor de los dientes afectados, el abultamiento aumenta progresivamente hasta que cubre parte de las coronas, este abultamiento puede ser localizado o generalizado y su evolución es lenta y sin dolor, a no ser que se vea afectado por un trauma o infección aguda; pueden disminuir de tamaño espontáneamente o exacerbarse y seguir agrandándose. (Newman, Takei, & Carranza, 2005)

Se produce por la exposición prolongada al biofilm, los factores que favorecen la acumulación de biofilm son la mala higiene, anomalías anatómicas, prótesis y ortodoncia inadecuada, además también se relaciona con pacientes con respiración bucal, donde la encía aparece roja y edematizada. Su efecto dañino se atribuye a la irritación por la deshidratación superficial. (Carranza & Snajder, 1996)

Los factores asociados al uso de aparatología ortodóntica fija o removible constituyen el 70.9% de los casos y menos del 5% de los casos se presentan en niños, principalmente en aquellos que tienen dentición mixta. (Zapata, García, Martínez y Muñoz, 2013).

## **TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL**

Los tratamientos a considerar en el agrandamiento gingival son: educación al paciente y la instrucción personalizada de higiene oral, el desbridamiento de las superficies del diente para eliminar biofilm, los agentes antimicrobianos son para aumentar esfuerzos de mantener la higiene, corrección de los factores retentivos de biofilm como restauración desbordantes, prótesis mal ajustadas, caries y mal posición dentaria; en casos especiales la corrección quirúrgica de las deformidades gingivales que dificultan a que el paciente tenga una higiene adecuada. (Zapata, García, Martínez y Muñoz, 2013).

## **AGRANDAMIENTO GINGIVAL**

Es una lesión dolorosa que aparece de forma repentina, se limita a la encía marginal o a la papila interdental, en etapas iniciales es roja brillante y dentro de las 24 a 48 horas se torna un absceso fluctuante con exudado purulento; es ocasionado por bacterias que se transportan a la profundidad de los tejidos cuando existe un objeto extraño como un hueso o cerda de cepillo (Carranza & Snajder, 1996).

## **AGRANDAMIENTO POR FÁRMACOS**

Muchas enfermedades sistémicas y los fármacos para tratarlas tienen repercusiones en la cavidad oral, fármacos como los anticonvulsivos (fenitoína), inmunosupresores (ciclosporina A), bloqueadores de los canales de calcio (nifedipino, verapamil, valproato sódico). Estos fármacos se vinculan con el agrandamiento gingival. (Bahamondes & Godoy, 2007)

El agrandamiento gingival por fármacos puede causar problemas de fonación, masticación, erupción dentaria y estéticos; las características clínicas son agrandamiento circular de las papilas interdentales extendiéndose hacia los márgenes gingivales, conforme el agrandamiento sigue avanzando es posible que la papila y el margen se unan y cubra parte considerable de la corona del diente, no tiende a la hemorragia y es resiliente. (Carranza & Snajder, 1996)

## **TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL**

El tratamiento debe tener especialmente opciones terapéuticas, tener en consideración la suspensión del fármaco o el reemplazo por otros fármacos que tengan la misma acción pero que no afecten a la encía, este paso es seguido por el énfasis en el control de la placa, una vez que los dos primeros pasos no hayan resuelto el problema podemos acudir a soluciones quirúrgicas como gingivectomía o colgajo periodontal. (Carranza & Snajder, 1996)

## **AGRANDAMIENTO RELACIONADO CON**

### **ENFERMEDADES SISTÉMICAS**

Algunas enfermedades sistémicas pueden tener manifestaciones bucales, como es el agrandamiento gingival en algunos casos, y además van a afectar el periodonto mediante dos mecanismos, aumento de la inflamación existente causada por el biofilm, y la manifestación de la enfermedad sistémica. (Carranza & Snajder, 1996). Dentro de estas etapas tenemos:

### **AGRANDAMIENTO CONDICIONADO**

Esta ocurre cuando se modifica la respuesta inflamatoria normal del organismo a la placa bacteriana, estas van a depender de la influencia sistémica modificante como se puede presentar en el embarazo y pubertad que van a estar modificados por las hormonas que se generan en estas etapas, también se modifica de acuerdo al estado nutricional como en la deficiencia de vitamina C o en las alergias que también se puede presentar una agrandamiento condicionado (Carranza & Snajder, 1996).

## **ENFERMEDADES SISTÉMICAS QUE CAUSAN AGRANDAMIENTO GINGIVAL**

Varias enfermedades sistémicas pueden generar agrandamiento gingival como en el caso de la leucemia este se caracteriza por agrandamiento papilar y marginal de color rojo azulado y presenta tendencia a sangrado (Carranza & Snajder, 1996).

## **TRATAMIENTO**

Consiste principalmente en eliminación de biofilm, rapado y curetaje de la zona afectada, se puede intervenir quirúrgicamente únicamente si hay interferencia con la masticación o compromiso estético que el paciente desee eliminar (Carranza & Snajder, 1996)

## **AGRANDAMIENTO NEOPLÁSICO**

### **(TUMORES GINGIVALES)**

Dentro de este grupo tenemos al éupulis que se los conoce como lesiones inflamatorias más que neoplásicas, estas lesiones neoplásicas tienen una proporción comparativamente baja de aumento de volumen gingival. En un estudio realizado por McCarthy en 1941, de 257 tumores bucales casi 8% ocurrió en la encía (Bahamondes & Godoy, 2007). También podemos citar al fibroma, papiloma, granuloma central de células gigantes, leucoplasia, quiste gingival. Como tumores malignos podemos encontrar el carcinoma, melanoma maligno, sarcoma; sin embargo para identificarlos por completo es necesario un estudio patológico. (Carranza & Snajder, 1996) (McCarthy, 1941)

### **AGRANDAMIENTO FALSO**

A este tipo de agrandamiento como su nombre menciona falsos quiere decir que el agrandamiento no es en la encía, sino de los tejidos subyacentes como el hueso, en las exostosis, torus, también en la enfermedad de Paget la displasia fibrosa, el querubismo, ameloblastoma, osteomas (McCarthy, 1941).

Dentro de los tejidos dentarios subyacentes, tenemos el agrandamiento de desarrollo durante la etapa de erupción de la dentición primaria, sin embargo estos son fisiológicos y no presentan problemas (Zapata, García, Martínez, & Muñoz, 2013).

## FRENILLOS

El frenillo es una banda de tejido conectivo fibroso, muscular o mixto, se recubren de una membrana mucosa ubicadas en la línea media, son de origen congénito, adopta variantes de acuerdo a la etapa de crecimiento y desarrollo. Existen 3 frenillos el labial superior, labial inferior y lingual; por lo general no causan ningún problema, sin embargo pueden causar problemas fonéticos, patologías periodontales, problemas protésico. (Gay & Berini, 2004)

Histológicamente se constituye por epitelio escamoso estratificado, tejido conjuntivo y tejido fibroso blando que en casos también contiene fibras musculares esqueléticas, y por ultimo submucosa que contiene glándulas salivales menores y glándulas mucosas. (Gay & Berini, 2004)

### **Frenillo Labial Superior**

Inicia su desarrollo en la décima semana de gestación junto con las estructuras palatinas, al nacimiento conecta el labio con el paladar, al aparecer la dentición se va alejando del reborde alveolar, debido al aumento de altura que se genera en el reborde (López, 2008).

El frenillo labial superior se caracteriza por formarse un pliegue de la mucosa que inicia en la cara interna del labio y se inserta en la línea media de la unión de los maxilares sobre la encía adherida interincisiva; en algunos casos llega a insertarse en la papila interdientaria. (Gay & Berini, 2004)

De acuerdo a las estructuras que conformen al frenillo se puede distinguir 3 tipos: *frenillo fibroso* que se compone de tejido conectivo y membrana mucosa; *frenillo muscular* donde pueden encontrarse fibras del músculo elevador propio del labio superior, músculo nasal y depresor septal, músculo elevador del ángulo de la boca; *frenillo mixto o fibromuscular* (Gay & Berini, 2004).

Según la morfología Jacob describe cuatro tipos de frenillos anormales los que presentan: base ancha en forma de abanico en el labio, base ancha en forma de abanico en los incisivos, bases anchas con forma de abanicos en el labio y entre los incisivos, amplio frenillo difuso adiposo.

Monti describe tres tipos de frenillos: frenillo de forma alargado, frenillo de forma triangular y frenillo triangular de base inferior. (Gay & Berini, 2004)

La alteración de la inserción del frenillo puede ocasionar: Alteración en el alineamiento dentario, con frecuencia en estos casos se presenta diastema interincisivo, eversión del labio donde se puede observar el llamado “doble labio”, alteración de la fonación que se expresa como seseo, limitación de movimiento del labio superior, labio corto y bermellón elevado, la interferencia uso de prótesis y dificultad al cepillado. (López, 2008)

### **Diagnóstico Del Frenillo**

Para el diagnóstico es necesario basarse en los signos clínicos que se observe en el paciente entre, los más relevantes tenemos: diastema interincisivo, el signo positivo de la papila, además es importante un examen radiográfico para descartar un mesiodent (Gay & Berini, 2004).

### ***Tratamiento para eliminar el Frenillo***

Para el tratamiento del frenillo una vez que se han identificado uno a más signos clínicos, es necesario valorar la edad del paciente, por ejemplo si tenemos un diastema la cirugía eliminará el frenillo pero el paciente requerirá de ortodoncia para cerrar el diastema. La cirugía no deberá hacerse antes de que haya erupcionado los caninos. (Gómez, 2008)

### **Técnicas Quirúrgicas**

Frenectomía: consiste en la separación completa del frenillo usando exéresis simple o romboidal, dentro de las técnicas es mejor aplicar la exéresis romboidal ya que con esta eliminamos la totalidad y así evitamos recidivas (Gómez, 2008).

Frenotomía o reposición apical del frenillo: esta técnica está basada en la técnica plastía V- Y, se hace un corte en V y al momento de suturar la cicatriz se ve en forma de Y, es aconsejable que el primer punto vaya al fondo del vestíbulo para evitar la pérdida de profundidad vestibular (Fabrizi, Barbieri, Vignoletti, & Bascones, 2007).

Z- plastía: con esta técnica se logra alargar el labio superior y la cicatriz mucosa queda en otra dirección del frenillo original. Ginestet refiere que Mathis combinaba exéresis romboidal con la Z- plastía. Tras efectuar la primera, realizaba dos incisiones en los polos superior e inferior del rombo y una vez liberadas las adherencias profundas preparaba dos colgajos que eran entrecruzados como en la plastia en Z (Gay & Berini, 2004).

Cirugía fibrosa: se realiza la exéresis en cuña de la encía adherida y las fibras transeptales ubicadas entre los incisivos centrales, se extiende hasta la papila palatina, al retirar el tejido intersticial hay que tener cuidado para preservar la encía mesial de los incisivos y así mantener el contorno gingival. La incisión en la encía insertada no se sutura (Gay & Berini, 2004).

Cirugía ósea: en el caso de existir espesor óseo importante entre los incisivos centrales superiores se recomienda hacer ostectomía interincisiva para disminuir el hueso que ocupa el diastema. Para la ostectomía se ocupa un escoplo o también pieza de mano con fresa de carburo n° 6. Tener muy en cuenta el agujero nasopalatino y no lesionar estructuras vasculares (Gómez, 2008).

### **Indicaciones De Frenectomía**

La principal indicación para realizar frenectomía del frenillo labial superior es cuando tiene una prominente inserción baja en la papila palatina que esté produciendo diastema interincisal, cuando el frenillo este provocando recesiones gingivales, o cuando el frenillo este causando un dobléz del labio dirigido hacia afuera o hacia adentro (Gay & Berini, 2004).

### **Frenillo Labial Inferior**

El frenillo labial inferior consiste en un repliegue de la mucosa bucal, localizado sobre la línea media conectándose al labio inferior con la encía adherida y sobre la papila interincisal. La hipertrofia o inserción anormal del frenillo labial inferior es menos frecuente que el frenillo labial superior.

(Carranza & Snajder, 1996)

### **Tipos De Frenillo Labial Inferior**

Frenillo fibroso: formado por tejido conectivo y membrana mucosa, frenillo muscular: puede contener distintos músculos, musculo borla del mentón, cuadrado del mentón, labiales, frenillo mixto o fibromuscular (Gómez, 2008).

### **Signos Clínicos**

El frenillo inferior puede comprometer la salud periodontal, la banda de tejido que se inserta sobre la papila produce tracción sobre ella con el movimiento labial, lo que generara inflamación crónica, bolsas periodontales, retracción de la encía, y puede llegar a causar reabsorción de la cortical externa y por ende provocarse movilidad dentaria. (Carranza & Snajder, 1996)

### **Tratamiento Para Eliminar Frenillo Labial Inferior**

Cuando se presentan problemas periodontales es necesario der tratamiento al frenillo y generar un aumento de encía adherida de la zona.

Es recomendable realizar cirugía que consiste en el reposicionamiento apical del frenillo, apoyada de cirugía periodontal que puede incluir, injerto libre, fenestración del periostio, colgajo de rotación lateral. Para la técnica más empleada para tratar las recesiones gingivales es la realización de injerto gingival libre (Martínez, 2009).

### **Frenillo Lingual**

Es un cordón sólido que se localiza en la cara inferior de la lengua y su extremo anterior se inserta en la cara lingual de la mandíbula entre los incisivos centrales inferiores. Constituye frecuentemente un elemento patológico (Gay & Berini, 2004).

### **Tipos De Frenillo Lingual**

Frenillo fibroso: formado por tejido conectivo y membrana mucosa; frenillo muscular: integrado por músculos como el genigloso, cuadrado genihiideo; frenillo fibromuscular o mixto: conformado por una unión tendinosa al suelo de la boca y un cordón fibroso unido al proceso alveolar. Es muy importante tener en cuenta la relación que existe en la zona con el conducto de Wharton, Rivini, el nervio lingual, y los vasos sublinguales (Martínez , 2009).

### **Signos Clínicos**

Existe una marcada fijación de la lengua al piso de la boca llamada anquiloglosia, y también se puede observar diastema interincisivo inferior (Gay & Berini, 2004)

### **Tratamiento Del Frenillo Lingual**

El frenillo lingual se puede tratar con la misma técnica quirúrgica del frenillo labial superior, es decir: escisión total, Z plastía, plastía V- Y, Escisión completa romboidal del frenillo. (Gómez, 2008)

Gómez en 2008 menciona las ventajas de trabajar este tipo de cirugías con láser que presenta varios beneficios entre los que tenemos: acortamiento del tiempo operatorio, mayor precisión de corte, ausencia del sangrado, no necesita cemento quirúrgico, ausencia de edema y dolor. (Gómez, 2008)

### **REPOSICIONAMIENTO DE LABIO**

El reposicionamiento labial es un procedimiento descrito hace 30 años, el cual consiste en remover las bandas mucosas del maxilar superior en vestibular, después se sutura la mucosa del labio hasta la línea mucogingival, el objetivo de la reposición de labio es reducir la exposición gingival excesiva limitando la retracción de los músculos elevadores, esto se logra con la remoción de una banda de mucosa del maxilar en la región vestibular. Creando un doblez de espesor parcial entre línea mucogingival y la musculatura del labio superior. Resultando así un vestíbulo más angosto y un estiramiento de los músculos más específicos. (Rosenblatt & Simon , 2006)

En 1979 Linton y Founier desarrollaran una técnica que su usó para corregir la sonrisa gingival alta, lo cual consiste en el corte de una banda de mucosa del labio superior en forma de elipse y después aproximar y suturar los bordes. Sin embargo los resultados no fueron los esperados por lo que se tuvo que aplicar nuevamente la cirugía. (Chacón, Castro,Pérez, Cervantes, & González, 2008)

Las ventajas del tratamiento implican que es una cirugía invasiva mínima la cicatrización es corta en relación a las cirugías ortognáticas, los resultados se ven inmediatamente después de la operación, y no deja cicatrices visibles (Rosenblatt & Simon , 2006).

Como desventajas de la cirugía de reposicionamiento de labio si no se realiza miotomía es que se necesite una nueva cirugía (Rosenblatt & Simon, 2006).

Las contraindicaciones para la cirugía de reposicionamiento labial son los mismos que para cualquier otra cirugía periodontal, insuficiente encía adherida en el maxilar ya que debido a la limitada cantidad de tejido crea dificultades en el diseño de colgajo, además los pacientes con excesivo dimensión vertical del maxilas, los cuales son candidatos para cirugía ortognática (Rosenblatt & Simon , 2006).

## **ANALISIS DE LA SONRISA**

### **SONRISA**

La sonrisa es una expresión común en las personas que demuestra satisfacción, felicidad o entretenimiento, a la vez puede expresar varias emociones de manera involuntaria; la sonrisa se considera una parte importante de la apariencia de las personas enmarcándolos en un estereotipo físico, y en como las demás personas los aprecian, jugando un papel importante la simetría de la sonrisa en la apreciación de belleza física. (Londoño & Botero, 2012)

Fisiológicamente la sonrisa se lleva a cabo por el movimiento de 17 músculos faciales que se encuentran ubicados alrededor de la boca y los ojos, inicia con la contracción del labio superior y del pliegue nasolabial, actuando el músculo elevador del labio superior, zigomático mayor y algunas fibras del buccinador, seguida de la contracción de los músculos periorculares que soportan la máxima elevación del labio superior lo que genera los ojos entrecerrados. (Peck , Peck , & Kataja , 1992)

## **FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SONRISA**

### **Tamaño de los dientes**

Las leyes de la belleza han sido buscadas desde los filósofos griegos hasta los matemáticos que buscaban obtener un parámetro matemático que definiera la belleza, se llegó a definir un número oro que es 0,618 que es la relación que debe guardar los elementos en cuanto a su tamaño, para que se consideren una proporción divina (Balsells, Cams, & Ustrell, 2008).

Si están en proporción aurea o divina los dientes tendríamos que el incisivo central es 1.618 veces mayor que el incisivo lateral y los laterales con los incisivos (Campos, Lorente, González, & Olías, 2006).

### **Visibilidad Dentaria**

Considerando los factores que intervienen en la sonrisa son: movimiento de los labios, morfología esquelética de los maxilares, separación interlabial, longitud de la corona clínica y la del labio superior (Rigsbee, 1988).

La visibilidad que se tiene los dientes al momento de sonreír debe ser de 9,7mm, y al momento de tener los labios entre abiertos los incisivos deben verse de 2 a 3mm. En cuanto a la amplitud de sonrisa debe mostrarse de primer premolar a primer premolar (Romanelli, Adams, & Schinini, 2012).

### **Línea de Sonrisa**

Esta línea se traza imaginariamente sobre los bordes incisales de los dientes superiores. Puede o no coincidir con la línea del labio inferior. Esta línea se va aplanando de acuerdo al desgaste fisiológico que tenemos en los dientes (Romanelli, Adams, & Schinini, 2012).

### **Línea Labial**

La línea labial es la curva que forma el labio superior al sonreír, la clasificación de la sonrisa se puede considerar con la distancia que se expone entre la encía y la línea labial que normalmente debe haber una exposición de la encía de 2mm, si existe mayor exposición podemos clasificarla de la siguiente manera, sonrisa alta: se expone la longitud cervicoincisal con una banda de encía; sonrisa media: se muestra del 75% al 100% del diente con las papilas dentarias; sonrisa baja: se observa menos del 75% de los incisivos superiores (Balsells, Cams, & Ustrell, 2008).

### **Sonrisa Gingival**

Cuando se muestra encía al sonreír se puede considerar antiestético, de acuerdo al grado que se expone se puede clasificar de la siguiente manera (Balsells, Cams, & Ustrell, 2008):

Grado I (leve): 1 a 3mm de exposición gingival

Grado II (moderada): 4 a 6 mm de exposición gingival

Grado III (severa): 6 o más mm de exposición gingival

Los factores que se hallan relacionados con la sonrisa gingival son: labio superior corto, crecimiento excesivo maxilar, extrusión dentoalveolar, erupción pasiva alterada, Combinación de factores. (Romanelli, Adams, & Schinini, 2012)

### **Línea Gingival**

La línea gingival es hipotética que va desde el punto más alto del margen gingival llamado cénit, y debe ir paralelo a la línea de sonrisa (Romanelli, Adams, & Schinini, 2012).

### **Espacio Negro**

Se denomina así al corredor negro que se forma al momento de sonreír entre ambas arcadas y las comisuras, el corredor se forma entre las superficies vestibulares de los dientes y las mejillas, puede empezar en el canino o en primer premolar (Romanelli, Adams, & Schinini, 2012).

### **Línea Media**

Estéticamente la línea facial y la dental deben coincidir; sin embargo la línea media de maxilar superior e inferior no es estéticamente relevante ya que muy pocas veces se muestran las dos líneas al momento de sonreír, una asimetría gingival o una discrepancia en la altura de las encías puede ser corregida mediante un alargamiento de corona (Balssels, Cams, & Ustrell, 2008).

## **ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO ESTÉTICO**

Una sonrisa estética depende de la relación entre: cara, labios, dientes y encía; al momento de analizar una sonrisa consideraremos: salud gingival, plano incisal de los dientes superiores y el contorno del margen gingival deben ser paralelos a la línea interpupilar, el plano incisal superior debe seguir la línea labial inferior, la línea labial superior deja expuesta, en reposo o leve sonrisa, entre la mitad y un tercio de los dientes superiores. Cuando al sonreír se muestra más de 3mm. De margen gingival, la línea media interincisal debe coincidir con la línea media de la cara, contorno gingival estético debe ser festoneado y fino y debe rellenar completamente los espacios interdentes, los márgenes de los incisivos centrales deben posicionarse más apicalmente que los incisivos laterales y al mismo nivel de los caninos, cénit gingival, normalmente se localiza en forma distal del eje central del diente (Fábregues & Fuenmayor, 2011).

El aspecto de la encía es importante para la estética por lo que resulta de suma importancia conocer los tipos de encía, ya que el correcto tratamiento inicia con la correcta identificación de la lesión (Romanelli, Adams, & Schinini, 2012)

## **BIOTIPOS PERIODONTALES**

Para hablar de cirugía plástica periodontal es necesario hablar de los biotipos periodontales, el conocimiento nos permitirá comprender la evolución de las patologías presentes y nos ayuda a ser más certeros en el pronóstico. Cuando vamos a realizar cualquier tipo de cirugía periodontal debemos basarnos en características como: forma y tamaño de los dientes, grosor de los tejidos blandos, presencia del festoneado, largo de las papilas. (Romanelli, Adams, & Schinini, 2012)

### **BIOTIPO FINO O FESTONEADO**

Diente con forma de tendencia triangular, festoneada gingival pronunciada, papilas alargadas, encía fina, permite muchas veces la palpación de los contornos del diente (Romanelli, Adams, & Schinini, 2012).

### **BIOTIPO GRUESO O PLANO**

Dientes con tendencia cuadrangular, festoneado gingival con tendencia a línea recta, papilas cortas, encía gruesa (Romanelli, Adams, & Schinini, 2012)

### **SONRISA GINGIVAL**

Como se analizó anteriormente la sonrisa gingival es aquella que expone de manera excesiva tejido gingival, alterando así la estética facial. De acuerdo a las causas se puede realizar varios tratamientos, sin embargo no todos se resuelven con cirugía periodontal, en algunos casos hará falta el uso de ortodoncia, la cirugía ortognática, incluso la cirugía plástica. El tratamiento de la sonrisa gingival está directamente relacionado con la causa y la ubicación de los tejidos (Balsells, Cams, & Ustrell, 2008).

## **TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA CORRECCIÓN DE LA SONRISA GINGIVAL**

### **SIN REMOCIÓN DE TEJIDO ÓSEO**

Cuando la encía recubre parte de la superficie de la corona, antes de decidir el tratamiento debemos hacer un sondaje óseo, que nos permitirá conocer la distancia entre la cresta ósea y el límite amelo cementario. Si el espacio biológico se encuentra entre 3mm o más la gingivectomía será el tratamiento indicado. (Fábregues & Fuenmayor, 2011)

### **CON REMOCIÓN DE TEJIDO ÓSEO**

Cuando el tejido blando cubre la superficie de la corona, pero al sondaje óseo, la distancia entre cresta ósea a LAC es menos a 3mm, el espacio biológico está invadido, entonces la resección ósea será necesaria para reestablecer el espacio biológico. (Fábregues & Fuenmayor, 2011)

### **TÉCNICAS DE ALARGAMIENTO DE CORONA**

Los procedimientos que nos permiten exponer la corona clínica son los siguientes: gingivectomía a bisel externo e interno, colgajo de reposición apical con remodelado óseo, extrusión forzada, extrusión forzada con fibromatía (Duarte, 2010).

### **GINGIVECTOMÍA A BISEL EXTERNO**

En 1884 Robicsek, fue el primero en usar la técnica para la eliminación de bolsas y remodelamiento de la encía enferma. Esta técnica tiene muchas ventajas es simple y rápida, sin embargo no se puede hacer un remodelado óseo y la encía queratinizada puede verse afectada. Esta cirugía no requiere sutura por lo que la cicatrización se produce por segunda intención, lo que resulta una incomodidad para el paciente (Farinazzo, 2007).

Está indicada en hipertrofia inducida por fármacos y fibrosis idiopática; está contraindicada en bolsas infraóseas, aumento óseo marginal, insuficiente encía insertada, compromiso de furca. (Gutiérrez Romero,2009)

### **TÉCNICA QUIRÚRGICA**

Se inicia marcando la profundidad de sondaje en la cara vestibular y palatina de la encía para tener una referencia, La incisión debe realizarse en un ángulo de 45°, siguiendo el trayecto de las marcas, eliminando el tejido gingival y se procede a una gingivoplastia utilizando tijeras, bisturí, fresas de diamante, Se coloca un apósito periodontal (Carranza & Snajder, 1996).

### **GINGIVECTOMÍA A BISEL INTERNO (Técnica Quirúrgica)**

Una incisión a bisel interno desde el ángulo diedro mesial hasta el ángulo diedro distal, la incisión se dirige a la cresta alveolar, el bisturí debe orientarse casi paralelo al eje del diente, Segunda incisión: intrasulcular debe alcanzar a la incisión primaria en la cresta alveolar (Zapata, García , Martínez , & Muñoz, 2013).

### **COLGAJO CON REPOSICIÓN APICAL Y REMODELADO ÓSEO**

Esta técnica puede aplicarse para exponer estructura dental sana, al menos 4mm, esta técnica está indicada en alargamiento de varios dientes y contraindicada en alargamiento de un único diente en una zona estética (Carranza & Snajder, 1996).

### **Técnica Quirúrgica**

Incisión a bisel invertido, depende de la profundidad de la bolsa y del ancho de la encía, la incisión deberá ser festoneada, en cada punto terminal de las incisiones se realizan alivios extendidos hacia la mucosa alveolar, se levanta un colgajo mucoperióstico de espesor total, la cresta alveolar se re contornea con el objetivo de recuperar forma normal de la apófisis alveolar, por último se reubica el colgajo vestibular a nivel de la cresta ósea alveolar re contorneada y se asegura con sutura (Gutiérrez Romero, 2009).

## **CICATRIZACIÓN**

La respuesta inicia con la formación de un coágulo superficial protector; el tejido subyacente inicia un proceso de inflamación agudo, luego el coágulo es reemplazada por tejido de granulación, a partir de las 12 a 24 horas las células epiteliales empiezan a migrar sobre el tejido de granulación, después el tejido de granulación madura y se dirige hacia el tejido conjuntivo normal, es revestido de una fina capa epitelial, y a partir de esto empieza a formarse el nuevo epitelio de unión. Los capilares del ligamento periodontal migran hacia el tejido de granulación y en dos semanas conectan con los vasos gingivales. La epitelización inicia desde los bordes de la incisión. La epitelización de la superficie se completa de 5 a 14 días; la reparación completa del tejido conectivo completa en 7 semanas y la reparación epitelial dura aproximadamente 1 mes (Martínez, 2009).

## **EXTRUSIÓN FORZADA**

Se utilizan fuerzas de extrusión moderadas, así el diente arrastra consigo hueso y encía, las fibras gingivales se estiran (Gutiérrez Romero, 2009).

## **TÉCNICA**

Se coloca ortodoncia lo más gingival posible en los dientes a extruir y dientes adyacentes, período de estabilización: se reorganiza el ligamento y remodelado óseo, se necesita un tiempo de 2 a 6 meses (Gutiérrez Romero, 2009); Hay que realizar un buen diagnóstico para la elección de la técnica adecuada. (Gutiérrez Romero, 2009).

## **SUTURAS**

La sutura representa el paso final dentro de la cirugía conocida con síntesis según Raspall, que tiene como objetivo el cierre de la herida y continuidad de tejidos blandos (Felzani, 2005).

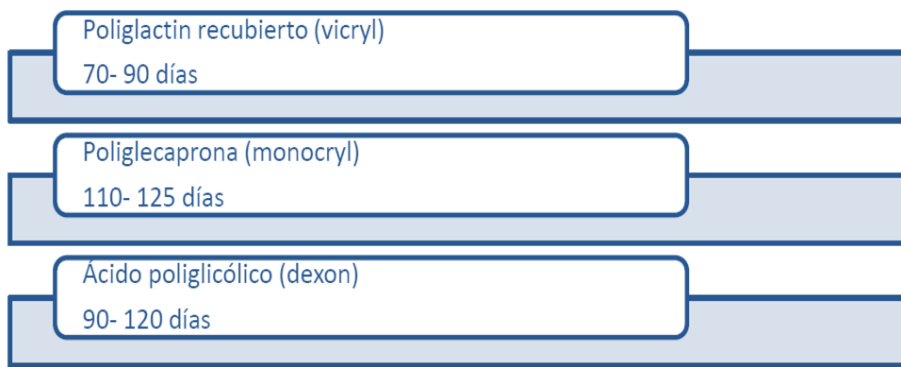
Las suturas se han ido investigando hasta llegar a mejoramiento, esto ha creado suturas que se han diseñado considerando especialmente el tipo de tejido a suturarse. El uso adecuado del material y la técnica ayuda reducir los porcentajes de infección, y mejorará los resultados estéticos, funcionales generando menores complicaciones al paciente y al operario; la elección del material se realiza en dependencia de la complejidad del procedimiento, características del tejido a tratarse, tensión de fuerzas que soportara la sutura además de la reacción del cuerpo ante la sutura. (Felzani, 2005). Las principales características que debe tener una sutura son: a traumática, fácil manejo, alta resistencia a la tensión, diámetro y consistencia uniforme, no toxica (Martínez , 2009).

De acuerdo al tipo de filamento que lo componen tenemos monofilamento que debido a la sencillez de su estructura posee características específicas: menor resistencia a su paso por los tejidos, menos impurezas, mínima cicatrización, anudado más fácil, en cuanto a las desventajas tenemos: mayor dificultad de manejo, la torsión o presión sobre las suturas puede debilitarlos y romperse; en cuanto a las de multifilamento podemos citar que es una mezcla de filamentos de diferente o la misma composición que se trenzan para formar una sola estructura, son las más empleadas en procedimientos odontológicos debido a su mejor resistencia a la tensión, elevada flexibilidad, fácil manejo, a la vez presentan mayor riesgo de infección, resistencia al paso por el tejido, tienen efecto sierra (Gay & Berini, 2004).

## SUTURAS REABSORBIBLES

Las fibras de estas suturas son de origen natural para que el organismo pueda atacarlas por enzimas que las degradan y reabsorben, las suturas sintéticas son hidrolizables, es decir que van a ser disueltas por agua (Martínez, 2009).

Las suturas se reabsorben de acuerdo al material con el que están fabricados como se muestra en el gráfico:

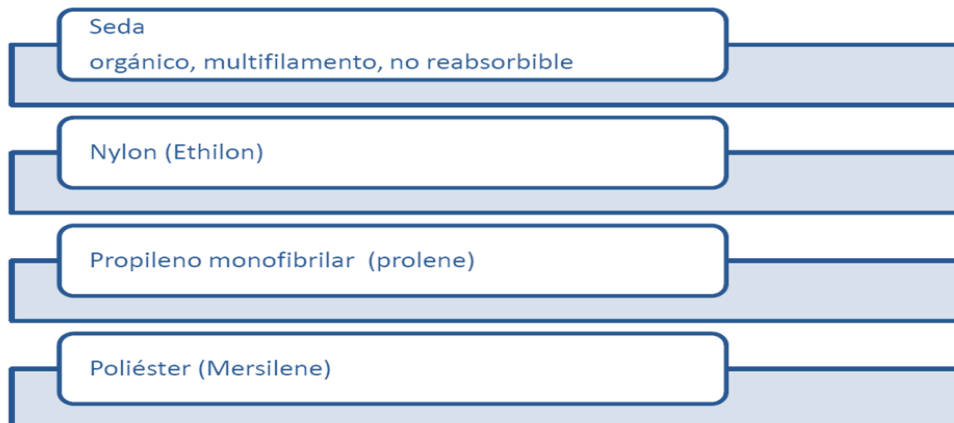


(López J. , 1992)

## SUTURAS NO REABSORBIBLES

Estas suturas deben ser retiradas por el operador, debido a que sus materiales no son reabsorbidos por el organismo, pueden ser monofilamentos y multifilamentos, orgánicas o inorgánicas, varían de acuerdo al diámetro (López J, 1992)

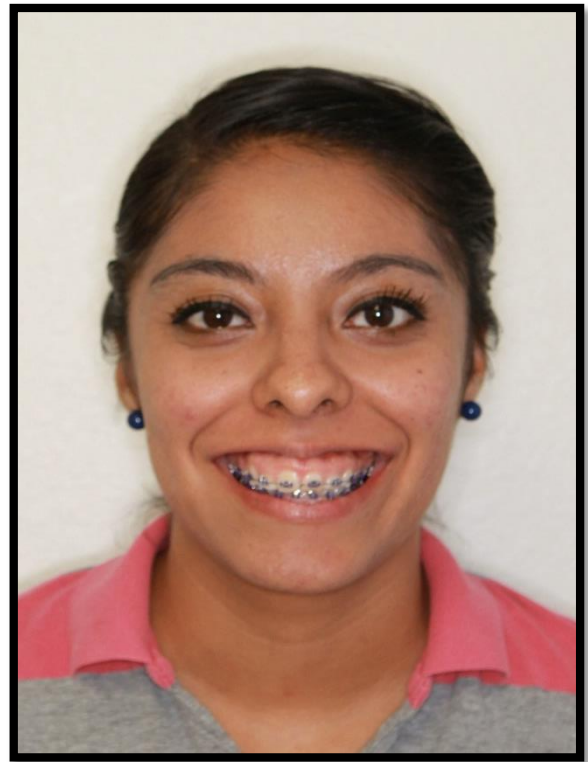
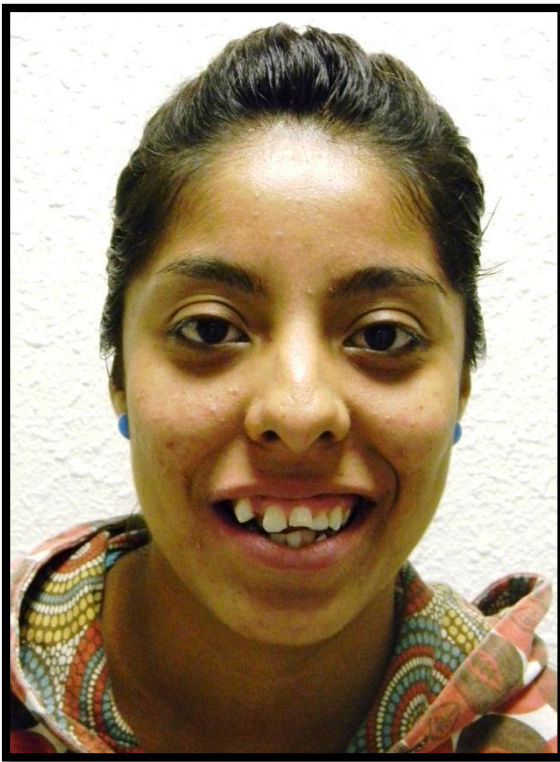
Los tipos de suturas no reabsorbibles se representan en el gráfico



## DESARROLLO DE CASOS CLINICOS.

### CASO NUMERO 1.

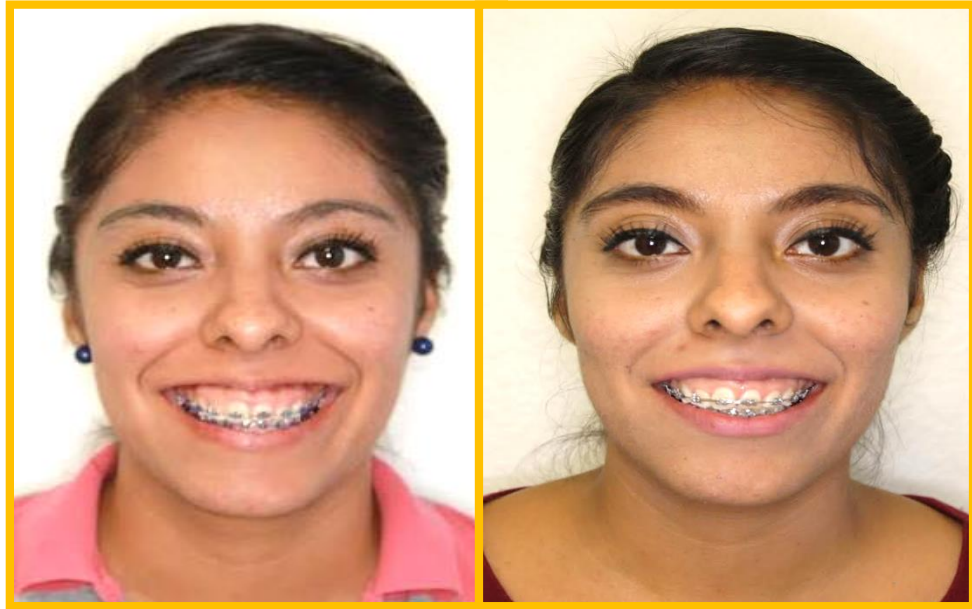
Paciente femenina de 24 años de edad es referida de ortodoncia es referida para realizar gingivoplastia de ambas arcadas presenta sonrisa gingival. El motivo de la consulta: "quiero que mi encia no se vea tanto pero no quiero que me hagan cirugía ortognatica".



**Diagnostico:** Crecimiento vertical del Maxilar e hiperactividad del labio.

# GINGIVOPLASTIAS

Se realizaron gingivoplastias en ambas arcadas en la paciente, su resultado fue satisfactorio.



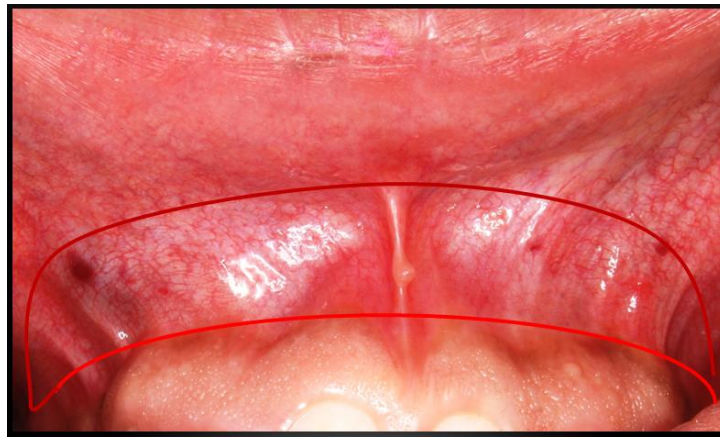
ANTES

DESPUES

*Debido a que la paciente aun quería mejorar su estética sin necesidad de una cirugía ortognatica, se le dio la opción de realizarle una cirugía de reposicionamiento de labio, para lograr eliminar su sonrisa gingiva, el cual la paciente acepto.*

## TECNICA DE REPOSICION DE LABIO

**DISEÑO DEL CONLGAJO:** Aquí se marcó el diseño de nuestro colgajo de la mucosa que fue retirada.



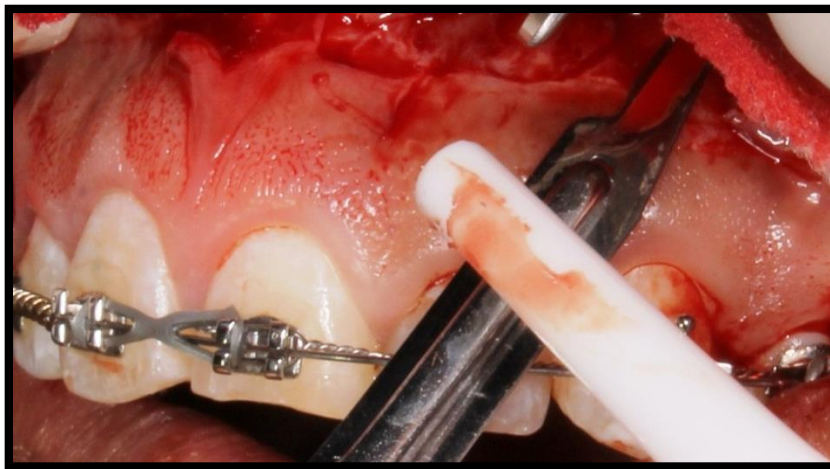
**INCISION:** La incisión se realizó de la profundidad del filo del bisturí.



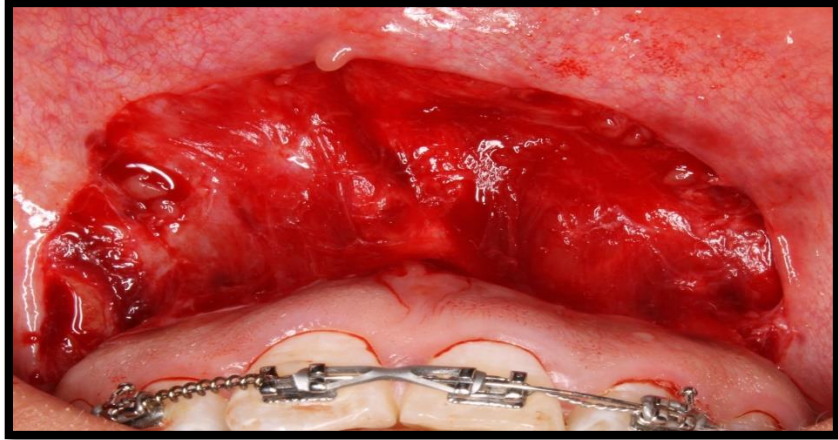
**INCISION REALIZADA:** Se siguió el marcaje realizado.



**DESPRENDIMIENTO DE LA MUCOSA:** Se realizó muy minuciosamente y lento, para que no hubiera desgarre.



**DESPRENDIMIENTO DE LA MUCOSA:** Ya retirada la tira de mucosa.



**SUTURA:** Se realizan puntos simples con sutura vicryl 4-0



## RESULTADOS



La paciente paso de tener una sonrisa gingival a una alta.

## CASO CLINICO 2

Paciente de 28 años estudiante del Posgrado de Periodoncia con motivo de consulta “quiero mejorar mi sonrisa, pues enseño mucha encía cuando me rio bien”. Por lo cual se le ofrece la alternativa de realizarse un reposicionamiento de labio, con la modificación de la técnica original no desprendiendo el frenillo para tener una mejor ubicación de las primeras suturas, debido a que no causaba problemas.



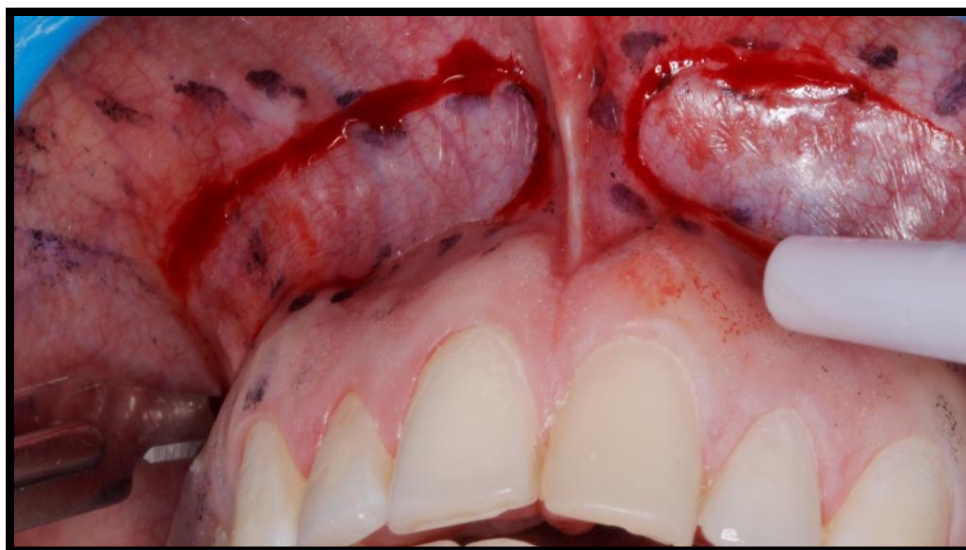
**Diagnóstico:** Hiperactividad del labio.

**TECNICA**

**MARCAJE DE LA INICISION**



**INICISION**



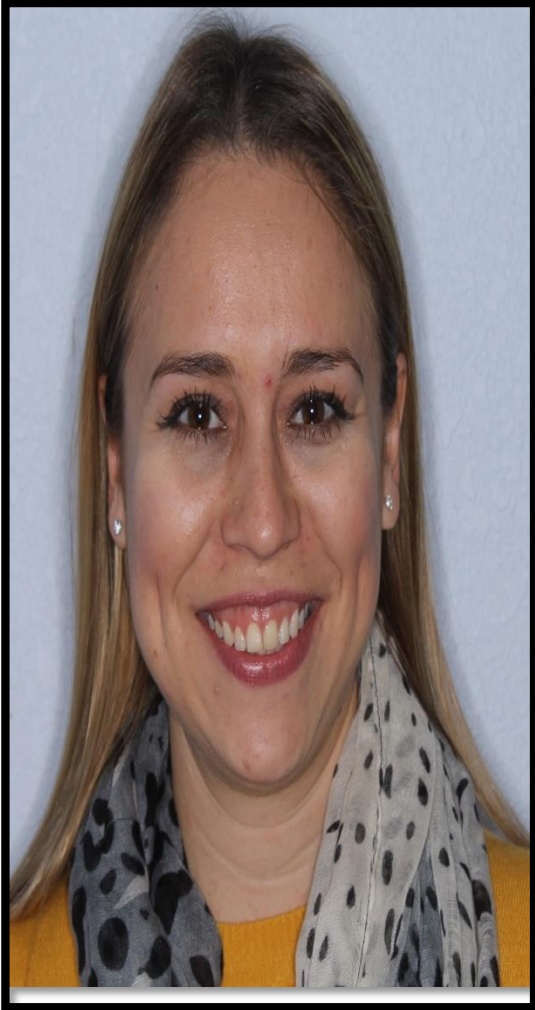
## RETIRO DE LA TIRA DE MUCOSA



**SUTURA:** En este caso utilizamos una sutura continua anclada con naylon 6-0.



## RESULTADOS



**Resultados:** Paso de una sonrisa gingival a una sonrisa media.

### CASO CLINICO NUMERO 3

Paciente de 25 años estudiante de licenciatura en Odontología con motivo de consulta “Quiero hacerme la cirugía de reposicionamiento porque el botox no me gusto ya”. Por lo cual se le ofrece la alternativa de realizarse un reposicionamiento de labio, aquí igual con la modificación de no desprender el frenillo para tener una mejor ubicación de las primeras suturas, debido a que no causaba problemas.

**Diagnóstico:** Crecimiento vertical del maxilar en exceso e hiperactividad del labio.

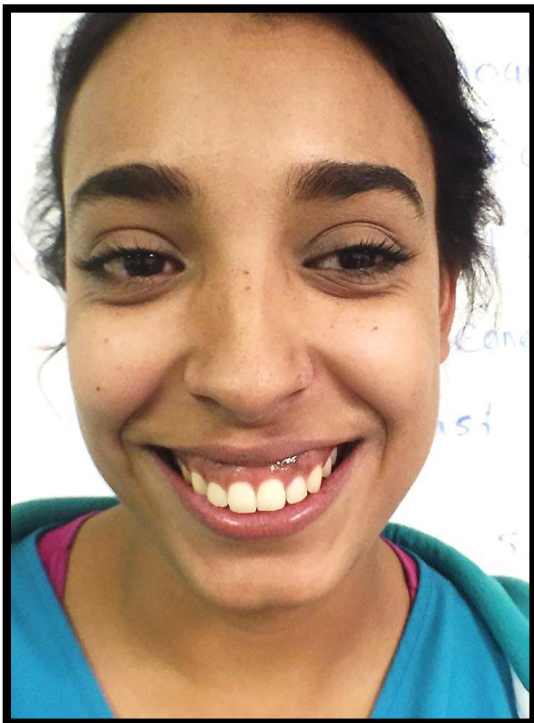


**Resultados:** Paso de una sonrisa gingival a una sonrisa media.

#### **CASO CLINICO NUMERO 4**

Paciente de 25 años estudiante de licenciatura en Odontología con motivo de consulta "Quiero hacerme la cirugía de reposicionamiento porque ya vi que enseño mucha encía". Por lo cual se le ofrece la alternativa de realizarse un reposicionamiento de labio, aquí igual con la modificación de no desprender el frenillo para tener una mejor ubicación de las primeras suturas, debido a que no causaba problemas.

**Diagnóstico:** Crecimiento vertical del maxilar en exceso e hiperactividad del labio.



**Resultados:** Paso de una sonrisa gingival a una sonrisa media.

## CONCLUSION

En la actualidad la demanda de los pacientes por la estética va en aumento, por lo que es necesario y una obligación como profesionistas el estarnos actualizando en cuanto a avances científicos y nuevas técnicas tanto funcionales como estéticas para brindar más opciones a nuestros pacientes menos invasivas y con un resultado mejor. Esta técnica nos ofrece resultados que mejoran la armonía y seguridad del paciente al sonreír, por tanto tendrán un mejor desarrollo tanto profesional como personal.

No dejando de lado la terapia básica periodontal en caso de ser necesario en nuestros pacientes, que es la base de un tratamiento periodontal, con la motivación adecuada e individualizada de cada paciente, llevando así una higiene correcta dental por ende una salud periodontal y menores complicaciones post-operatorias al momento de la fase quirúrgica ya sea funcional o en este caso estética.

Debemos recordar que el éxito de los procedimientos plásticos periodontales requieren el conocimiento y aplicación de los principios biológicos, es necesario valorar que no existan signos de enfermedad periodontal antes de realizar cualquier procedimiento.

*“Vive como si fueras a morir mañana. Aprende como si fueras a vivir siempre”*



**BIBLIOGRAFIA:**

1. Armitage, G. (2005). Diagnóstico y clasificación de las enfermedades periodontales *Periodontology 2000*, 9-21
2. Bahamondes, C., & Godoy, J. (2007). hiperplasia gingival por ciclosporina: a proposito de un caso. *Revista Medica Chile*, 370- 374.
3. Balssels, G., Cams, S., & Ustrell, T. (2008). Evaluación de la Sonrisa. *Anales de Odontoestomatología*, 36 - 39.
4. Carranza, F., & Snajder, N. (1996). *Compendio de Periodoncia*.
5. Chacón, H., Castro, Y., Pérez, S., Cervantes, V., & González, H. (2008). Tratamiento quirúrgico de la sonrisa gingival. Una variante quirúrgica. *Medicina universitaria*, 10- 15.
6. Duarte, A. (2010). *Cirugía Periodontal*. Sao Paulo: Santos Editora.
7. Ezquerro, F. (1999). New approach to the gummy smile. *Cirugía plástica reconstructiva* 104.
8. Fabregues, S., & Fuenmayor, V. (2011). Tratamientos para mejorar la estética de la encía. *Gaceta Dental*, 118 – 146
9. Fabrizi, S., Barbieri, G., Vignoletti, F., & Bascones, A. (2007). Tratamiento quirúrgico vs terapia periodontal Básica. *Avances en periodoncia*, 161- 175.
10. Farinazzo, R. W. (2007). Cirugía plástica periodontal. *Artigo Inedito*, 44 - 59.
11. Felzani, R. (2005). Cicatrización de los tejidos con interés en cirugía Bucal. *Acta Odontológica Venezolana*, 43-47.
12. Gay, C., & Berini, L. (2004). *CIRUGÍA BUCAL*. Barcelona: Océano/Ergon.
13. Genco, R., & Williams, R. (2011). *Enfermedad periodontal y salud general: Una guía para el clínico*.

14. Gómez, R. (2008). Frenectomía convencional frente a frenectomía láser. *Odontología actual*, 26- 32.
15. Haffajee , A., Uzel, N., & Arguello. (2004). Clinical and microbiological changes associated with the use of combined antimicrobial therapies to treat "refractory periodontitis". *Journal of Clinical Periodontology*, 869- 877.
16. Londoño, M. A., & Botero, P. (2012). The smile and its dimensions. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquía*, 353.
17. Litton , C., & Fournier , P. (1979). Corrección quirúrgica simple de la sonrisa gingival. *Cirugía reconstructiva y plastica*, 372.
18. López , J. (1992). *Cirugía Oral*. Madrid: Mc Graw Hill.
19. Martínez , J. (2009). *Cirugía Oral y Maxilofacial*. Mexico DF: El Manual Moderno
20. McCarthy, F. (1941). A clinical and pathological study of oral disease. *JAMA*, 116. Moncada, G. (2008). Que es la cirugía plástica periodontal. *Revista dental de Chile*, 29-39.
21. Newman, M., Takei, H., & Carranza, F. (2005). *Carranza Periodontología Clínica*. McGraw Hill.
22. Nomahn Humayun, Shilpa Kolhatkar, Jason Souiyas, and Monish Bholra, J Periodontol, December 2010. Mucosal Coronally Positioned Flap for the Management of Excessive Gingival Display in the Presence of Hypermobility of the Upper Lip and Vertical Maxillary Excess: A Case Report
- 23.
24. Pihlstrom, B. (2002). Evaluacion del riesgo periodontal, diagnóstico y planificación del tratamiento. *Periodontology 2000*, 37- 58.
25. Reetika Gaddale, Shrikar R. Desai, Jayashree A. Mudda, I. Karthikeyan(2013). Lip repositioning

26. Rigsbee, O. (1988). The influence of facial animation on smile characteristics. *Revista internacional ortodoncia y cirugía ortognática*, 233. 239.
27. Romanelli, H., Adams, E., & Schinini, G. (2012). *1001 Tips en Periodoncia*. Venezuela: AMOLCA.
28. Rosenblatt, A., & Simon, Z. (2006). Lip repositioning for reduction of excessive gingival display: a clinical report. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, 433- 437
29. Romero, F. G. (2009). Alargamiento de corno y gingivoplastía. *Crown lengthening and gingivoplasty*, 57 - 62.
30. Romero, I., Escalona, L., & Acevedo, A. M. (2008). Frecuencia de hipersensibilidad dentinaria en posterior al raspado y alisado radicular en un grupo de pacientes evaluados en el posgrado de periodoncia de la Facultad de Odontología UCV. Estudio piloto. *Acta odontologica Venezolana*, 1-8.
31. Rosenblatt, A., & Simon, Z. (2006). Lip repositioning for reduction of excessive gingival display: a clinical report. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, 433- 437.
32. Shuster, G., & Burnett, G. (1982). *Microbiología Oral y Enfermedades Infecciosas*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
33. Silness, J., & Løe, H. (1964). Enfermedad periodontal en el embarazo. Correlacion entre la higiene oral y condicion periodontal. *Acta Odontologica Scand*, 112- 135.
34. Socransky, S., & Haffage, A. (1998). Microbial complexes in subgingival plaque. *Journal of periodontology*, 134- 144.
35. Tasdemir Z<sup>1\*</sup>, Alkan BA<sup>1</sup> and Alkan A<sup>2</sup>(2014). Treatment of Excessive Gingival Display Using a Lip Repositioning Technique: A Case Report
36. Zapata, F., García, G., Martínez, F., & Muñoz, G. (2013). Agrandamiento gingival crónico en paciente pediátrico: Reporte de un caso. *Tamé*, 154- 158.

