



CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Uso de injertos de tejido conectivo para el tratamiento de recesiones de clase III de Miller en la zona anterior inferior después de un tratamiento de ortodoncia

CASO 2

Uso de MUCAVI® en cirugía de implantes, mejora en la cicatrización de la mucosa

*Dra. Margarita Cubías i Rosas. Directora médica de Cemav Dental (Granollers, Barcelona).
Odontóloga Cirujana*

ÍNDICE

CASO 1

Uso de injertos de tejido conectivo para el tratamiento de recesiones de clase III de Miller en la zona anterior inferior después de un tratamiento de ortodoncia.



Introducción



Descripción
del caso clínico



Cirugía plástica de injerto
gingival epitelializado



Evolución
de la paciente



Bibliografía

CASO 2

Uso de MUCAVI® en cirugía de implantes, mejora en la cicatrización de la mucosa.



Introducción



Descripción
del caso clínico



Caso clínico:
implante postextracción



Evolución
de la paciente



Bibliografía

Nota: El contenido de los presentes artículos refleja exclusivamente la opinión profesional de sus autores, manteniendo éstos en todo momento su plena autonomía de criterio, valoración y opinión profesional. Fresenius Kabi no ha participado en la elaboración de los artículos, ni ha condicionado ni inducido a dichos autores respecto de su contenido. La publicación de tales artículos no supone ni comporta en modo alguno conformidad o coincidencia de criterios, juicios, valoraciones u opiniones entre los autores firmantes y Fresenius Kabi, reservándose Fresenius Kabi en todo momento la facultad de suscribir o compartir tales criterio, juicios, valoraciones u opiniones. Así mismo y como consecuencia de lo anterior, Fresenius Kabi no se hace responsable de la objetividad, adecuación para un propósito concreto, adecuación a guías clínicas o estándares comúnmente aceptados por la comunidad científica, objetividad o veracidad del contenido de tales artículos.



**FRESENIUS
KABI**

caring for life



ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 1

Uso de injertos de tejido conectivo para el tratamiento de recesiones de clase III de Miller en la zona anterior inferior después de un tratamiento de ortodoncia.

Dra. Margarita Cubías i Rosas. *Directora médica de Cemav Dental (Granollers, Barcelona)*



INTRODUCCIÓN

La **recesión gingival** se define como la denudación en diferente grado (hasta un máximo de III) de la porción radicular de una pieza dental por la migración en sentido apical del margen gingival, en la migración involucra al hueso alveolar vestibular y a la encía libre situada sobre él.

Los defectos de recesión gingivales tienen una **gran prevalencia en la población¹** y va aumentando con la edad, **llegando al 90% de la población a partir de los 65 años.**

Grados de recesión gingival

En la actualidad, para la clasificación de estos defectos de recesión gingival, se usa la **clasificación de Miller**, que define **cuatro grados de recesión gingival:**



ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía



| | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grado I | Recesión de tejido gingival que no se extiende hasta la unión mucogingival. No hay pérdida ósea ni de tejido interdental. |
| Grado II | Recesión de tejido gingival que se extiende hasta la línea mucogingival (traspasándola o no), pero sin pérdida de tejido óseo y con la conservación de todo el tejido interdental. |
| Grado III | Recesión gingival que se extiende hasta la línea mucogingival o la sobrepasa, pero con pérdida de tejido interdental. |
| Grado IV | Recesión de tejido gingival que sobrepasa la línea mucogingival y con una pérdida de tejido interdental que llega hasta el nivel apical en relación con el tejido marginal. |



Causas que provocan recesión gingival

La recesión gingival de tejido conectivo puede estar causada por diferentes causas: enfermedad periodontal, presencia de frenillos excesivamente largos o fibrosos, cepillados demasiado agresivos, etc.

Podemos clasificar estos factores por:

- **Factores predisponentes:** anatómicos propios de cada paciente, como podría ser la escasa encía adherida, encías muy poco queratinizadas, apiñamientos dentales, raíces de anatomía prominente, los frenillos de inserción muy alta o muy fibrosos y el trauma oclusal.
- **Factores desencadenantes:** como podría ser una cepillado excesivamente fuerte o con cepillo de cerdas no adecuadas, movimientos ortodónticos no controlados, aparatos removibles con diseños no adecuados o ganchos muy gingivales, restauraciones de clase V con invasión del espacio biológico.

Una de las causas que se presenta con una relativa asiduidad es la **recesión gingival posterior a un tratamiento ortodóntico**.



ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía

El movimiento hacia la zona vestibular de los incisivos en crestas con pared vestibular muy fina puede producir la desaparición de la cortical vestibular con posterior recesión gingival.

Tratamientos actuales

El tratamiento de las recesiones gingivales es un motivo de relativa frecuencia en las consultas dentales de los profesionales que ejercen la periodoncia.

Los pacientes acuden a consulta debido al alto impacto estético, a la hipersensibilidad que suelen producir o a las molestias periodontales que pueden causar.

En diferentes revisiones y análisis de datos², se muestra que los **injertos de tejido conectivo ofrecen mejores resultados en la obtención de encía queratinizada y de recubrimiento radicular** frente a, por ejemplo, la técnica de colgajo pediculado sin empleo de injerto de tejido.

El tratamiento de recesiones gingivales está indicado tanto para mejorar el tratamiento periodontal como la **estética y la hipersensibilidad dental**. Además de ayudar a reducir la posibilidad de padecer caries de clase V radicular³.

Para poder corregir los defectos mucogingivales y recubrir las superficies dentales desnudas, se utilizan varias técnicas de **cirugía plástica periodontal**:

- **Uso de autoinjertos periodontales.**
- **Autoinjertos de tejido conectivo.**
- **Técnica quirúrgica** basada en regeneración tisular guiada, con membranas reabsorbibles o no reabsorbibles.

A continuación, se presenta un caso de recesión gingival postratamiento de ortodoncia con tejido conectivo del paladar de la paciente.



ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía



A PROPÓSITO DE UN CASO

**22**
años

A nuestro centro médico dental acude una paciente joven, de 22 años, de sexo femenino, sin antecedentes de enfermedad periodontal. Cresta ósea y mucosa conservadas.

Durante la anamnesis, nos relata que ha realizado **tratamiento ortodóntico** en otro centro y que, en la última visita, observó una cierta **recesión a nivel del 31-41**. Pasados dos meses postratamiento la recesión se hace más importante. La paciente acude de nuevo a la consulta de su odontólogo y este le comenta que la recesión es debido a **la presencia de frenillo labial**.



Se propone a la paciente una cirugía plástica periodontal consistente en la escisión del frenillo y la colocación de un injerto gingival libre, donado por la propia paciente de la zona del paladar.



ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía



CIRUGÍA PLÁSTICA DE INJERTO GINGIVAL EPITELIALIZADO



La técnica quirúrgica fue descrita por Sullivan y Atkins en el año 1968, con el objetivo de **augmentar el grosor de encía queratinizada**, y fue modificada posteriormente por Miller en 1982.

Es una técnica que, como ventaja, presenta una gran predicibilidad y que es posible tratar recesiones de varias piezas dentales a la vez. Como inconvenientes, no obstante, tenemos la presencia de dos heridas quirúrgicas (zona receptora y zona dadora), hay una cierta variabilidad en la predicibilidad del recubrimiento radicular y, por último, siempre existirá una disarmonía estética con los tejidos gingivales adyacentes.

Preparación del lecho receptor

El objetivo es practicar un colgajo de espesor parcial con una extensión mesiodistal de un diente más a cada lado de la zona que se trata y en el sentido coronoapical aproximadamente unos 5 mm apicales a la dehiscencia ósea.

La primera incisión será horizontal submarginal con el bisturí perpendicular a la base de las papilas. De la incisión horizontal que se debe extender a un diente más de la recesión a tratar, parten dos incisiones verticales paralelas entre ellas.

La disección del tejido se practica de forma paralela al hueso, dejando el periostio firme y libre de cualquier resto de tejido conectivo.





ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía

Para evitar que el colgajo vuelva a su posición coronal, se fijaran los tejidos con suturas en el fondo del vestíbulo (se aconseja hacerlo con sutura reabsorbible).

Una vez finalizada la preparación del lecho receptor y protegiendo bien la zona con una gasa empapada en clorhexidina, vamos a la zona donante.

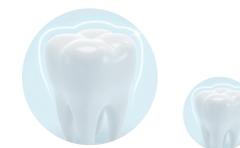
Obtención de tejido donante

Con una sonda periodontal, medimos la anchura y altura de la zona quirúrgica y estas medidas se trasladan a la zona dadora (hay profesionales que prefieren realizar una plantilla con hoja de aluminio, que se puede esterilizar). **La hoja del bisturí debe insertarse perpendicularmente a la fibromucosa palatina y se trazan dos líneas paralelas al plano oclusal con dos descargas también paralelas entre sí.** Deben realizarse a nivel de los 4 evitando las arrugas palatinas hasta los 6, teniendo siempre mucho cuidado con la arteria palatina.

Con una pinza y un bisturí, realizamos la disección del tejido donante, en sentido coronoapical y anteroposterior. **Es importante conseguir un grosor uniforme del injerto y tener presente que, cuando estamos realizando una cirugía terapéutica, el grosor del tejido dador debe ser mayor que en el caso de las cirugías preventivas.**

Una vez tenemos el tejido donante, lo depositaremos sobre una superficie estéril y antideslizante (nosotros usamos depresores linguales) y así podemos remodelarlo cuanto sea necesario. Miraremos si el grosor es uniforme, nos fijaremos también en la no presencia de tejido glandular o adiposo.





ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía

Los injertos son muy delicados, por lo que debe tratarse con sumo cuidado, sin presionar excesivamente las pinzas, y es conveniente irlos humedeciendo con suero fisiológico con el fin de evitar su desecación.

Fijación del tejido donante al lecho receptor

Habitualmente usaremos una **sutura de 4/0 o 5/0**, siendo opcional que sea reabsorbible o no. La técnica debe ser muy cuidadosa, teniendo siempre presente las características del tejido donante en referencia a la contracción que sufre siempre.

- **La sutura injerto-papila:** se realiza con sutura simple interrumpida, que une borde a borde el margen coronal del injerto donante con la base de las papilas. Con estos puntos, estabilizamos el injerto para seguir con las suturas y, además, al fijar el tejido donante a las papilas, favorecemos la revascularización de la zona coronal del injerto.



- **La sutura horizontal:** su función es estirar el tejido donante en dirección mesiodistal y evitar de esta manera la contracción del tejido. Se realiza con puntos de sutura simple, que fija uno de los lados del injerto al tejido adyacente.

- **La sutura interdental:** no perfora el injerto y se ancla al tejido apical del lecho receptor y en la parte palatina del diente. Su objetivo es adaptar lo mejor posible el injerto a las concavidades interdentes y evitar así la presencia de espacios muertos. Se realiza una sutura por cada concavidad interdental.

Como ya hemos comentado, el injerto debe permanecer el mínimo tiempo posible fuera de la boca y evitar así su desecación, por lo que dejamos la cura definitiva de la zona donante para después de haber fijado el injerto.





ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía

Para la cura de la zona dadora, colocamos en la herida colágeno y suturamos en cruz para facilitar la hemostasia. La colocación de apósitos periodontales la descartamos en este caso, ya que se suelen caer con cierta facilidad y la paciente nos había comentado que tiene un trabajo de comercial que requería hablar con frecuencia.

En este caso, optamos por prescribir un tratamiento tópico para que la propia paciente se aplique en la herida.

Se prescribe a la paciente una **pomada de tetraciclina tres veces al día** para evitar la infección tanto de la zona dadora como de la donante.

Pero esta vez a la paciente se le receta Mucavi® como colutorio, en lugar de la conocida clorhexidina.

Los motivos del uso de **Mucavi®** en este tipo de cirugía gingival son:

- El sabor de la clorhexidina no siempre es del agrado de los pacientes, en cambio **Mucavi®** no presenta ningún gusto específico.
- La clorhexidina utilizada más de 7-8 días puede provocar manchas antiestéticas en la parte superior de las piezas dentales y las cirugías de injerto conectivo requieren bastantes días de uso de antiséptico y en suficiente cantidad, ya que dejan dos zonas quirúrgicas.

Mucavi® es un colutorio que ha demostrado su alta eficacia en la disminución de la inflamación de la mucosa, ya que reduce la liberación de mediadores inflamatorios.

Y por último, nos decidimos por **Mucavi®** por favorecer la hidratación de la mucosa, aliviar y reducir el dolor.



ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía



EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE



Visita a los 5 días

Las cirugías de injerto libre de tejido epitelializado son altamente predecibles. No obstante, son procesos muy molestos y dolorosos, por lo que hay que explicar al paciente muy bien todos los inconvenientes con los que se puede encontrar a lo largo de la etapa de cicatrización.

La paciente es visitada a los dos días, a los cinco días a la semana y a los 15 días. **La evolución es mucho mejor de lo esperado: en la visita de los cinco días, ya se puede observar la revascularización del injerto, sin apenas inflamación de la zona dadora ni de la receptora.**

A la semana, se retiran los puntos en cruz del paladar, presentando una herida muy bien cicatrizada y sin apenas molestias, según la paciente.

A los 15 días, retiramos los puntos de sutura de la zona receptora, observándose la completa revascularización del injerto. No obstante, le explicamos a la paciente que debe seguir con pautas higiénicas exquisitas y con una alimentación blanda durante al menos otros 15 días.

La paciente continúa con enjuagues de Mucavi® para mejorar la hidratación y aliviar las pocas molestias que persisten, puesto que el uso no causa tinciones en las piezas dentales.

Visita a los 15 días





ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía



BIBLIOGRAFÍA

1. Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recession: a systematic review. J Clin Periodontol. 2002;29 Supl 3:178-94.
2. Quispe López N, García-Faria C, Garrido P, Álvarez J, Morales A, García-Faria A. Cirugía plástica periodontal: injerto de tejido conectivo e injerto gingival libre para el tratamiento de recesiones clase II y III de Miller en incisivos mandibulares a propósito de tres casos. Científica dental. 2015;12(2):141-8.
3. Tatakis DN, Chambrone L, Allen EP, Langer B, McGuire MK, Richardson CR, et al. Periodontal soft tissue root coverage procedures: a consensus report from the AAP Regeneration Workshop. J Periodontol. 2015;86(2 Supl):S52-5.





ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Uso de MUCAVI® en cirugía de implantes, mejora en la cicatrización de la mucosa. A propósito de un caso de implante postextracción

Dra. Margarita Cubías i Rosas. *Directora médica de Cemav Dental (Granollers, Barcelona).*



INTRODUCCIÓN

La respuesta del cuerpo humano a cualquier agresión en los tejidos orales viene determinada por una cascada de procesos que se activarán de manera automática para la **reparación de dicha agresión¹**.

El operador debe conocer a la perfección los mecanismos regenerativos para no tener problemas durante la fase de cicatrización.

Teniendo en cuenta la importancia del conocimiento del proceso de regeneración de tejidos orales.

El presente caso clínico tiene por propósito, recordar la cicatrización de los tejidos en todos los procesos quirúrgicos orales.





ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía

Y posteriormente, se repasará los principales factores que afectan al proceso de cicatrización tanto generales como locales.

Puesto que, en la actualidad, la implantología oral ha pasado a ser uno de los actos médicos más realizados en centros dentales, **este caso clínico realizará una valoración del uso de Mucavi® de laboratorios Fresenius Kabi, en implantología y su influencia en una rápida recuperación y reparación de mucosas orales.**

“**En este caso clínico se describe el uso de productos que resultan de gran interés en los procesos de cicatrización de la mucosa oral, con la consiguiente mejoría en la percepción del paciente de su cirugía.**”



ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía



DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

**Etiología del daño en tejidos orales**

Los tejidos de la cavidad bucal pueden ser lesionados bien por una **acción traumática accidental** o bien por la **intervención de un profesional en una técnica quirúrgica**.

Sobre los traumatismos accidentales tenemos poco o nulo control, pero sí que podemos influir en el trauma inducido sobre los tejidos con nuestras actuaciones profesionales.

Reparación de las lesiones

Peterson y Hupp² ya señalaron que todo epitelio lesionado tiene la propiedad intrínseca de regenerarse mediante un proceso de migración celular, conocido con el nombre de **“inhibición por contacto”**. Consiste en la proliferación de células germinales que guían al borde libre hacia delante y se detienen en su migración al contactar con el otro borde libre del epitelio. Dicho proceso está regulado por un proceso histoquímico de las células epiteliales que no cesa hasta contactar con las otras células epiteliales vecinas.

En heridas como las de cirugía de implantes, en las que el epitelio se ha lesionado en profundidad, la migración se produce si hay existencia de una base de tejido conjuntivo que permanece debajo del coágulo sanguíneo³.

Sin importar cuál es la causa del daño de la mucosa oral, **en la lesión se produce un proceso cuya misión es devolver la integridad al tejido**. Dicho proceso pasa por tres etapas:



1

Etapa de inflamación

2

Etapa de fibroblástica

3

Etapa de remodelación



ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía



1 Etapa de inflamación

Se inicia inmediatamente después de la lesión, su duración es de 3 a 6 días y, a su vez, se divide en dos periodos:

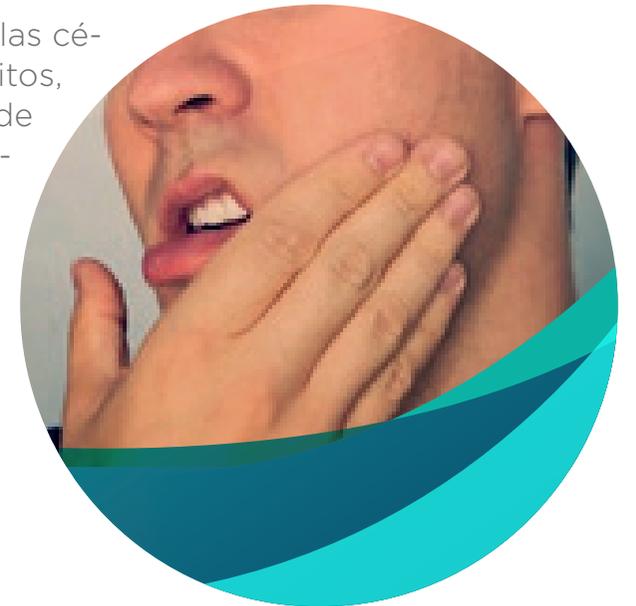
1a. Periodo vascular

Primera fase después de que se produzca la lesión. **Consiste en una vasoconstricción ocasionada por la ruptura celular.** Su finalidad es evitar la pérdida sanguínea en la zona lesionada e iniciar la formación del coágulo sanguíneo. La histamina y la prostaglandina E1 y E2 producen una vasodilatación.

1b. Periodo celular

La vasodilatación provoca pequeños espacios donde migran las células endoteliales. Se produce la llegada de plasma y leucocitos, instaurando lo que conocemos como edema. La fase celular de la inflamación se dispara con la presencia del sistema del complemento (enzimas plasmáticas), que son imprescindibles para la fagocitosis de bacterias y células extrañas.

Durante este periodo de inflamación, según el autor Peterson² van apareciendo pequeñas cantidades de fibrina que se irán depositando en estos tejidos lesionados, para ir permitiendo a la herida resistir cierta tensión.



ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía

2 Etapa de fibroblástica

Empieza cuando se producen grandes cantidades de tropocolágeno y fibrina, que se depositarán en el tejido lesionado. **La fibrina será la encargada de formar la malla por donde proliferarán los capilares, para la completa reparación.**

Las primeras fibras de colágeno desordenadas se van ordenando con el paso de los días, para ir formando la malla de reparación de la lesión. Si esta malla no se estructura adecuadamente, la herida no aguantará la tensión y se abrirá. Esta etapa fibroblástica se puede alargar de 2 a 3 semanas.



3 Etapa de remodelación

Es la etapa final del proceso de cicatrización, durante esta etapa, **las fibras de colágeno que no se han ordenado adecuadamente son sustituidas por nuevas fibras orientadas correctamente.** La vascularidad de la zona se va reduciendo y, con ello, el color rojizo de la zona de la herida.





ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía

¿Cómo podemos, como operadores, intervenir en la cicatrización?

El proceso de reparación de las heridas, tal y como hemos visto, es siempre el mismo, pero como operadores, es posible intentar crear las mejores condiciones posibles para favorecer esta cicatrización.

Dentro de lo posible, podemos minimizar el tamaño de la intervención quirúrgica. Nuestro objetivo será reducir al máximo la pérdida de la función, y aunque sea en la mucosa oral, se debe procurar el mínimo de cicatriz.

Los **factores que interfieren en una cicatrización correcta de los tejidos**, según el autor López⁴, se pueden clasificar en:

- Factores locales.
- Factores generales.

En los **factores locales**, el cirujano puede mayormente influir. Como ejemplos de factores locales, tenemos:

- No existencia de cuerpos extraños (presencia de bacterias, hilo de sutura, etc.).
- No persistencia de tejido necrótico.
- Isquemia de la herida que provoca necrosis.
- Tensión excesiva que no permite la cicatrización.
- Manipulación no adecuada de los bordes de la herida.





ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía

Se han de emplear, dentro de lo posible, factores y productos favorecedores de la cicatrización de mucosas.

En nuestro centro, los odontólogos realizamos una cantidad importante de cirugías, y sobre todo con el auge de las cirugías de implantes. Dada su baja morbilidad y alta efectividad, estamos comprometidos en:

- Intentar mejorar las condiciones quirúrgicas, para **conseguir una buena cicatrización de las lesiones.**
- Intentar la **mayor comodidad posible en el periodo postquirúrgico del paciente.**





ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía



CASO CLÍNICO: IMPLANTE POSTEXTRACCIÓN



51
años

Mujer

Diagnóstico: fractura longitudinal del 1.6 sin infección apical y sin movilidad. Cresta ósea y mucosa conservadas.

Antecedentes: la paciente presenta hipertensión controlada y diversas alergias, a penicilinas y pirazolonas (Nolotil®).

La paciente acude a la consulta odontológica de Cemav dental (Granollers) por dolor al masticar.



Estado inicial de la paciente

Realizamos una radiovisiografía y apreciamos una fractura **longitudinal del 1.6 sin presencia de imagen periapical.**

Hacemos una tomografía computarizada de haz cónico 3D (escáner de última tecnología) y apreciamos que no hay infección periapical, la cortical ósea vestibular y palatina está conservada y la distancia hasta el seno maxilar es de casi 8 mm.

Procedemos a la exodoncia del 1.6 con odontosección y posterior colocación de un implante de la casa Galimplant de 4,5 x 10 mm.





ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía



Figura 1

- Pieza dental 1.6 con fractura longitudinal que hace que sea preciso exodonciar.



Figura 2

- Lecho alveolar con paredes óseas conservadas.





ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía

La colocación del implante no presenta ninguna dificultad especial. Se realiza un fresado, según indica la casa comercial. El implante presenta una gran estabilidad primaria.

Figura 3

- Implante postextracción colocado con estabilidad primaria y conservación de paredes del alveolo.





ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía



EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE



Figura 4

- Cicatrización a la semana. Mucosa alveolar con gran grado de cicatrización, sin muestras de inflamación ni infección.



Una vez colocado el implante y realizada la comprobación radiológica, se procede a suturar el alveolo.

Puesto que la paciente presenta alergia a la penicilina, se le administra azitromicina 500 mg; 1 cápsula al día durante 3 días.

Y sabiendo que además la paciente presenta alergia a pirazolonas, se pauta analgesia simplemente con paracetamol 400 mg.

Damos pautas higiénicas y recetamos **Mucavi**[®] del laboratorio Fresenius Kabi. Nuestro objetivo es la prevención y el tratamiento de la mucosa oral utilizando el colutorio **Mucavi**[®]. Previene la inflamación de la mucosa oral porque contiene Ectoin[®] un ingrediente 100% natural.



ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía

Mucavi® disminuye la inflamación, hidrata la mucosa oral lesionada y ayuda a reducir el dolor y el enrojecimiento de mucosas.

Beneficios de Mucavi®:

- Presentación monodosis en ampollas de 5 mL.
- Ausencia de sabor y color.
- Es altamente recomendable sustituir el clásico tratamiento de clorhexidina por **Mucavi®**. El tratamiento con clorehexidina solamente sirve como desinfectante y presenta la conocida coloración tras días de utilización.
- Su uso es muy fácil y rápido.

El precio del producto no es impedimento, puesto que la paciente conoce que debe usar algún tipo de colutorio.

Evolución de la paciente con el tratamiento Mucavi®

La revisión a la semana para la retirada de puntos de sutura muestra una lesión muy bien cicatrizada, sin signos de enrojecimiento e incluso con pérdida de los puntos de sutura.

La paciente relata un postoperatorio con ciertas molestias, pero sin sangrado, habiendo sido suficiente la pauta analgésica de paracetamol 400 mg cada 8 horas un par de días.





ÍNDICE

CASO 1

Introducción

A propósito de un caso

Cirugía plástica de injerto gingival epitelializado

Evolución de la paciente

Bibliografía

CASO 2

Introducción

Descripción del caso clínico

Caso clínico: implante postextracción

Evolución de la paciente

Bibliografía



BIBLIOGRAFÍA

1. Porras-Reyes BH, Mustoe TA. Cicatrización: conceptos actuales. *Acta Médica Colombiana*. 1992;17(1):31-45.
2. R1. Peterson L, Ellis E, Hupp J, Tucker MR. *Contemporary of oral and maxilofacial surgery*. Mosby; 1988.
3. Raspall G. *Cirugía Oral*. Editorial Médica Panamericana; 1994.
4. López J. *Cirugía Oral*. Interamericana, Mc Graw Hill; 1992.



 mucavi_mucositorisoral

 Mucavi

Mucavi[®]

Prevención y tratamiento de la mucositis oral*

AYUDA A SUPERAR EL MAL TRAGO



 **FRESENIUS
KABI**
caring for life

* Clinical Trials, gov [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). Identifier NCT02816515 Non Interventional Clinical Investigation of Ectoim[®] Mouth Wash for the Prevention and Treatment of Chemotherapy-induced Oral Mucositis. 2017 Oct 24. Available from://clinicaltrials/ct2/show/record/02816515.