

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SECCION DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PERIODONCIA E IMPLANTOLOGIA



“ERUPCIÓN PASIVA ALTERADA, TRATAMIENTO QUIRURGICO EN EL SECTOR ANTERIOR”

Tesina para la obtención del título profesional de:

ESPECIALISTA EN PERIODONCIA E IMPLANTES

Presentado por:

R2. CD. CACHO MENDOZA, JONATHAN VLADIMIR

TACNA – PERÚ

2016

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios por darme la oportunidad de seguir este hermoso sueño llamado Odontología y esta hermosa especialidad que es la de Periodoncia e Implantes. A mi familia por su gran apoyo, en especial a mi querida madre que siempre estuvo presente para cualquier situación, a Cecilia por todo su apoyo brindado durante el camino, a mis docentes por brindarnos los grandes conocimientos que hemos adquirido.

DEDICATORIA

La presente revisión está dedicada a mi familia y todas las personas que aportaron de una u otra manera en mi desarrollo y crecimiento profesional.

CONTENIDO

1. RESUMEN	6
2. INTRODUCCION	8
3. MARCO TEORICO	9
3.1 ESPACIO BIOLOGICO	9
3.1.1 ANTECEDENTES DE ESPACIO BIOLOGICO	9
3.1.2 DEFINICION	11
3.1.3 BIOTIPO PERIODONTAL	14
3.2 ERUPCION PASIVA ALTERADA	14
3.2.1 CONCEPTO	15
3.2.2 DIAGNOSTICO	16
3.2.3 CLASIFICACION	18
3.2.4 OPCIONES TERAPEUTICAS EN EL SECTOR ANTEIOR	19
a. GINGIVECTOMIA	19
b. CIRUGÍA A COLGAJO	22
3.2.5 INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	27
4. CONCLUSIONES	29
5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30

RESUMEN

Las alteraciones en la erupción pasiva, en las que el tejido blando cubre en exceso la corona anatómica del diente, son situaciones que se presentan en nuestras consultas con gran frecuencia. Sin embargo es elevado el número de ocasiones en las que no se realiza un adecuado diagnóstico, y es reducida la bibliografía sobre el tema. El tratamiento quirúrgico, antecedido de una minuciosa exploración y diagnóstico diferencial estará indicado ante la imposibilidad de mantener un adecuado estado de salud periodontal, cuando sean necesarios tratamientos restauradores, cuando el exceso de encía dificulte el tratamiento de ortodoncia o ante una situación de compromiso estético. En estos casos el procedimiento quirúrgico preferible, es la cirugía a colgajo, que permite acceso a la superficie ósea y su remodelado, ya que es muy frecuente que en estas situaciones se encuentre alterado. Es de vital importancia conocer la morfología del periodonto y llegar a un buen diagnóstico para que podamos tener un resultado predecible. Esta revisión tiene el fin de darnos todas esas pautas para que podamos conseguir excelentes resultados.

Palabras clave: Erupción pasiva alterada, espacio biológico, sector anterior, estética, tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

The altered passive eruption, in which the excess soft tissue covering the anatomical crown of the tooth, are situations that arise in our consultations with great frequency. However it is raised the number of occasions on which a proper diagnosis is made, and is limited literature on the subject. Surgical treatment, preceded by a thorough examination and differential diagnosis is indicated to the inability to maintain an adequate state of periodontal health, when restorative treatments needed to be, when the amount of gingiva obstructs orthodontic treatment or in a situation of aesthetic commitment. In these cases the preferred surgical procedure, flap surgery, which allows access to the bone surface and remodeling, as it is very common in these situations be altered. It is vital to know the morphology of periodontal and reach a proper diagnosis so we can have a predictable outcome. This review is intended to give us all these guidelines so that we can achieve excellent results.

Key words: Altered passive eruption, biological space, anterior, aesthetic, surgical treatment.

2. INTRODUCCION

Hoy en día la estética dental ha tomado un gran auge debido a la globalización y acceso a la información, con la evolución de la tecnología se permite crear bosquejos de sonrisas personalizadas, sin embargo, el concepto es sujeto al ojo del espectador, y en muchas ocasiones se corrompe por prejuicios individuales, filosóficos y culturales.

La definición de estética es motivo de una discusión controversial. En odontología se han descrito tamaños, formas, grado de torsión, color, textura y posición relativa de los dientes con parámetros simétricos que denotan armonía (1), pero cuando se valora la estética de la sonrisa del paciente, tiene especial importancia el aspecto de la encía. Clásicamente se ha admitido que la sonrisa ideal implica mostrar 1-2 mm de encía en el sector anterosuperior (2), tendiendo a ser mayor en los jóvenes y menor en los mayores.

Son numerosas las situaciones en las que la alteración de las características normales de la encía pueden inducir un trastorno importante en la estética dentofacial. La erupción dentaria influye de forma directa en la estética dento-gingivo-facial. Consta de dos fases:

- La erupción activa
- La erupción pasiva.

La prevalencia de la EPA es aproximadamente del 12% (3). Se asocia frecuentemente a biotipos periodontales gruesos y fibrosos aunque su etiología es desconocida (4).

Existe controversia sobre la edad a la que se puede realizar el diagnóstico y posterior tratamiento de esta entidad. Se sabe que el proceso de erupción pasiva continúa a lo largo de la adolescencia, aunque de forma casi inapreciable, pudiendo extenderse hasta los 20 años (5). Esto tiene gran importancia tanto a la hora de realizar tratamientos restauradores en el sector anterior debido a la posible exposición de

los márgenes de las restauraciones como consecuencia de la erupción pasiva como a la hora de diagnosticar y tratar esta entidad que si bien apenas presenta connotaciones patológicas, es responsable de gran número de consultas debido a las alteraciones que el exceso de encía puede producir en la estética de la sonrisa.

Por consiguiente es muy importante tener claro los conceptos y parámetros a seguir para diagnosticar y realizar con éxito este tipo de tratamientos, para así tener resultados predecibles ya que este tipo de cirugías son sin duda una gran ayuda para nuestros pacientes con problemas estéticos de esta índole.

3. MARCO TEORICO

3.1 ESPACIO BIOLOGICO

3.1.1 ANTECEDENTES DE ESPACIO BIOLOGICO

En estudios iniciales sobre epitelio, Gottlieb (1921), y Orban y Mueller (1929), describieron una inserción del epitelio al diente, presentándolo como un concepto innovador que en ese momento no fue universalmente aceptado (6).

Más tarde en 1956, Orban y cols. demostraron esto en cortes histológicos al microscopio óptico (7). Posteriormente, Sicher describió una unión dentogingival alrededor del diente que comprendía dos partes, una inserción de tejido fibroso y una inserción de epitelio (8).

En 1962, Cohen definió la “anchura biológica” (posteriormente denominado “espacio biológico”, ya que hace referencia a la dimensión longitudinal, y no transversal) (9) del tejido gingival supracrestal como aquellos elementos del epitelio de unión y tejido conjuntiva del complejo dentogingival que ocupan el espacio comprendido entre la base del surco gingival y la cresta alveolar. Basándose en Gargiulo y cols., la dimensión total del tejido gingival supracrestal (TGS) es de 2,04 mm (2,73 mm si se tiene en cuenta el surco gingival).

Basándose en estas dimensiones, Ingber y cols, afirmaron que se debía seccionar en los alargamientos de corona dentaria quirúrgicos hueso suficiente como para permitir 3 mm de estructura dental sólida encima de la cresta del hueso; Rosenberg y cols. Preconizaron 4 mm de exposición dental (10).

3.1.2 DEFINICION

Se denomina espacio biológico a la unión dentogingival, que ha sido descrita como una unidad funcional, compuesta por el tejido conectivo de inserción de la encía y el epitelio de unión (11).

El Espacio Biológico es definido por Gargiulo y cols en 1961 como la dimensión del espacio que los tejidos ocupan sobre el hueso alveolar, señalando que en el ser humano promedio la inserción de tejido conjuntivo ocupa 1,07mm de espacio sobre el hueso alveolar y que el epitelio de unión, por debajo de la base del surco gingival ocupa 0.97mm del espacio sobre la inserción de tejido conjuntivo. Estas dos medidas constituyen el espacio biológico (12).



Fig. 1: Esquema del tejido gingival supracrestal.

Nevins en 1993 demuestra que al considerar espacio biológico individual, se logra una condición más favorable para la salud gingival y el éxito de la restauración y establece que el espacio biológico es de aproximadamente 3 mm; el primer milímetro va desde el punto inicial de la dentina hasta el cierre marginal de la encía (surco gingival), siendo específica para cada paciente; luego 1mm para la inserción del epitelio y 1 mm para la inserción del tejido conjuntivo (13).

La importancia de esta estructura radica en las consecuencias que se pueden derivar de su invasión, que como se verá más adelante puede inducir retracción gingival,

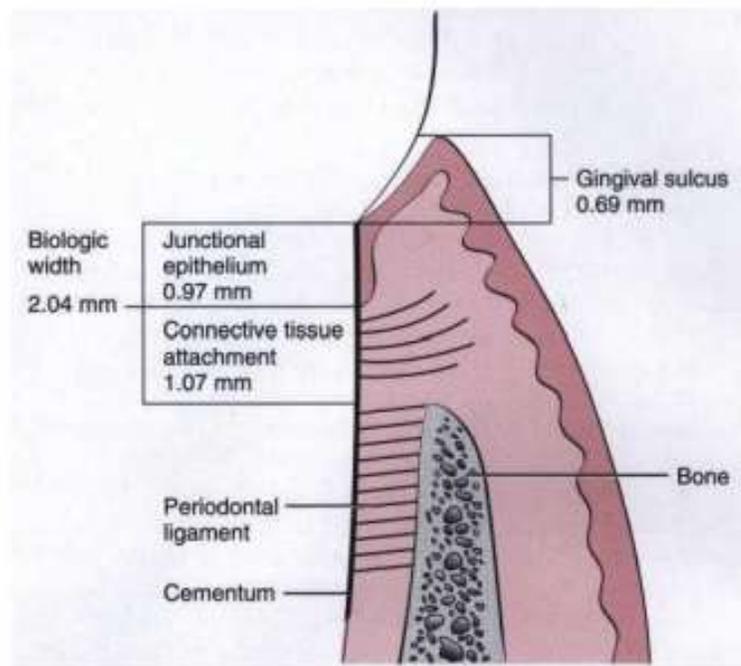
pérdida ósea, hiperplasia gingival, etc., todo ello con unas graves consecuencias desde el punto de vista de la salud periodontal como de la estética gingival (14).

TABLA 1							
	Garguilo et al (1961)	Vacek et al (1994)	Dolt y Robbins (1997)	Sonick (1997)	Levine et al (1997)	Padbury et al (2003)	Ferrús et al (2006)
Unión epitelial	1,07 mm	1,14 mm	1 mm	3 mm	3 mm	3 mm	Dientes anteriores: 0,75-3,29 mm Premolares: 0,78-4,33 mm Molares 0,84-3,29 mm
Inserción conectiva	0,97 mm	0,77 mm	1 mm				
Profundidad del surco	0,69 mm		1 mm				

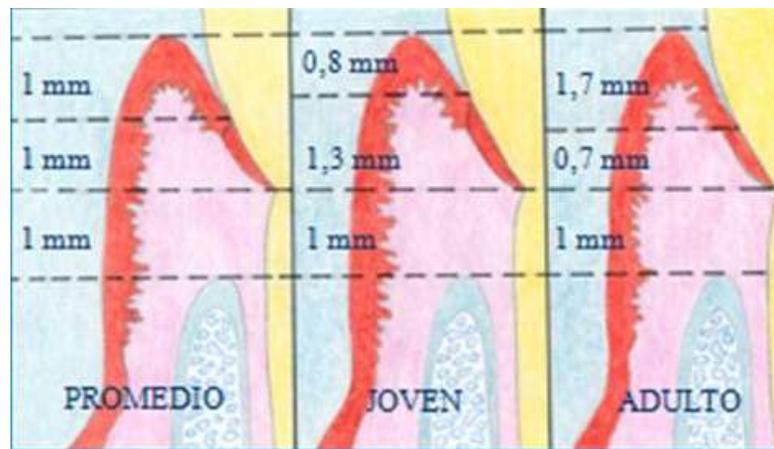
(15)

Algunos autores nos hablan de anchura biológica que se define como la suma de las fibras supracrestales y de la inserción epitelial, es decir, la dimensión de la unión conectiva a la raíz sumado a la dimensión de la inserción epitelial y a la profundidad del surco gingival (15). Debemos dejar en claro que el espacio biológico solo consta de la suma de la Unión epitelial y la inserción conectiva.

Las dimensiones de la anchura biológica no están estandarizadas, varían entre individuos, con la edad (su longitud disminuye con la edad), con la posición del diente en la arcada (mayor longitud en sectores posteriores) o con el biotipo periodontal, aunque permanecen constantes en las distintas superficies del diente. Algunos autores, como Gargiulo y Vacek calcularon una media de la anchura biológica de 2,04 mm. Otros, como Padbury et al, Dolt et al y Sonick, sugieren que la medida mínima entre el margen de la restauración y la cresta ósea sea de 3 mm; Ferrús et al refieren una distancia de 1,5-2 milímetros para realizar una restauración mínima con garantía (15)



La inserción epitelial es mayor en los individuos jóvenes (1,35 mm hasta los 24 años) y disminuyen con la edad (0,71 mm a los 39 años). El surco gingival también puede variar, pero de forma inversa siendo menor en los jóvenes, 0,8 mm, frente a los 1,7 mm promedio en adultos. La inserción conectiva es la menos variable, tanto en los diferentes dientes así como en la edad. Para simplificar, se suele aceptar un valor promedio de 1 mm para cada uno de los tres componentes: inserción conectiva, inserción epitelial y surco gingival (16).



3.1.3 BIOTIPO PERIODONTAL

Se han definido dos tipos de biotipos periodontales. El biotipo fino y el biotipo ancho. El biotipo fino se caracteriza por tener un margen gingival fino y festoneado con papilas altas. El biotipo ancho se caracteriza por tener un margen gingival ancho y poco festoneando (17).

Se habla de un tercer biotipo periodontal (biotipo mixto) que presenta características de los dos primeros biotipos (18). Es posible que estas diferencias se reflejen también en la longitud de la unión dentogingival, de forma que el periodonto fino se acompañará de una menor dimensión longitudinal de la unión dentogingival, mientras que la encía más gruesa tuviera una unión más larga. Histológicamente no se ha demostrado, pero en clínica sí ha sido observado; los molares presentan encía y cresta ósea más ancha, y unión dentogingival mayor que los incisivos, con encía y cresta más fina. En la cirugía se puede modificar el parámetro anchura si se quiere modificar la longitud de la unión dentogingival (19,20).

3.2 ERUPCION PASIVA ALTERADA

Son numerosas las situaciones en las que la alteración de las características normales de la encía pueden inducir un trastorno importante en la estética dentofacial. La erupción dentaria influye de forma directa en la estética dento-gingivo-facial. Consta de dos fases:

- La erupción activa
- La erupción pasiva.

La erupción activa es el movimiento que realiza el diente en sentido oclusal hasta contactar con su antagonista.

La erupción pasiva, por otro lado, se caracteriza por la migración apical del margen gingival, aumentando el tamaño clínico de la corona mientras la inserción epitelial migra apicalmente (3).

3.2.1 CONCEPTO

La erupción pasiva alterada es una anomalía del desarrollo caracterizada por presentar dientes cortos y cuadrados en donde histológicamente la encía, el hueso o ambos no migran apicalmente afectando la estética periodontal durante la sonrisa (21).

La erupción pasiva alterada, también conocida como erupción pasiva retardada, ocurre cuando el margen gingival se encuentra incisalmente mal colocado, en la corona anatómica del adulto y no se aproxima a la unión cemento-adamantina (3, 22, 23). La «relación normal» entre el margen gingival y límite amelocementario, ha sido considerado adecuado cuando el margen gingival se encuentra sobre o próximo a la unión amelocementaria, en dientes totalmente erupcionados (24).

Todavía no se ha postulado una teoría sobre la etiología de la alteración de la erupción pasiva, si bien la existencia de un periodonto grueso y fibroso y una potente musculatura masticatoria se asocian a este cuadro, todavía no se ha establecido una relación causal (25).

3.2.2 DIAGNOSTICO

La característica fundamental del retraso de la erupción pasiva es la presencia de una corona clínica corta con un exceso de encía que cubre parte de la corona anatómica; pero existen otros cuadros clínicos que podrían confundirse con esta alteración si no se hace un correcto diagnóstico. También es necesario hacer una minuciosa exploración para evaluar la necesidad o no de tratamiento quirúrgico y la técnica más indicada. Para realizar un adecuado diagnóstico clínico deberíamos incluir (25):

- Longitud de la corona clínica (margen gingival a borde incisal).
- Longitud anatómica de la corona (límite amelocementario a borde incisal).
- Anchura de encía queratinizada (límite mucogingival a margen gingival libre).
- Localización de la cresta alveolar.
- Posición del diente.
- Situación del frenillo.
- Nivel de inserción.
- Grado de inflamación.

Es necesaria la realización de radiografías periapicales con la técnica de paralelismo de los dientes involucrados. De esta manera estaremos seguros de que hay una adecuada longitud radicular y un adecuado soporte óseo, las radiografías pueden a su vez servir como guía para la localización del límite amelocementario, dato importante a la hora de realizar cualquier alargamiento coronario. También puede ser utilizado el sondaje a hueso con anestesia para confirmar la posición del límite amelocementario y su relación con la cresta alveolar (25).

Se deben evaluar, a su vez, los límites horizontales y verticales de la sonrisa. En dimensiones verticales ideales, el margen gingival de los incisivos centrales y caninos debería tocar el borde del bermellón del labio superior

en una sonrisa completa. Los límites horizontales de la sonrisa marcan hasta qué diente debe llegar el tratamiento quirúrgico.

La simetría de los márgenes gingivales de los dientes contralaterales es un factor importante en el resultado estético final. Lo ideal es que la longitud de la corona clínica, tanto de los incisivos centrales superiores, como de los caninos superiores sea igual. El margen gingival de los incisivos laterales superiores se sitúa 2 mm coronal al de los dientes adyacentes (25).

Es preciso la realización de un adecuado diagnóstico diferencial con otros cuadros que se acompañan de una corona clínica corta:

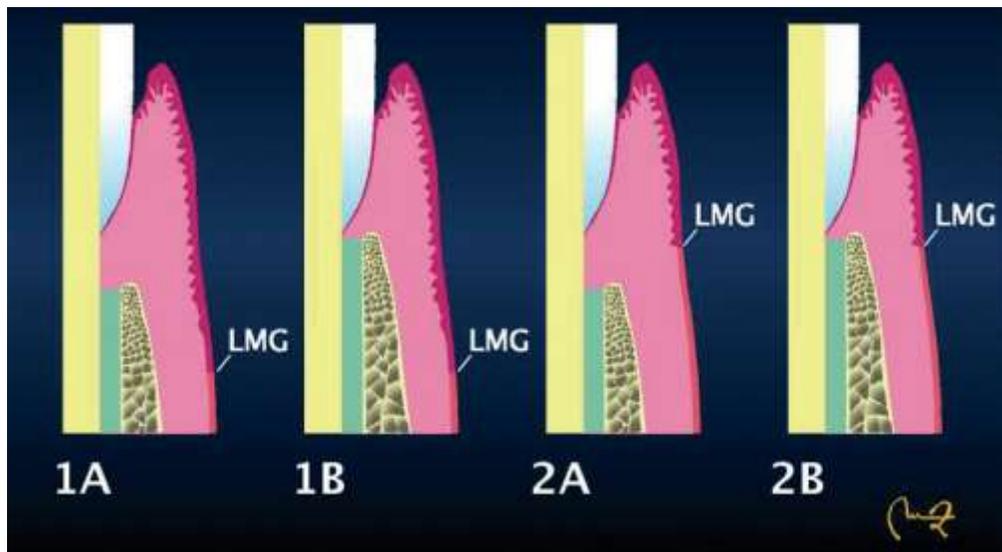
- Agrandamientos gingivales inducidos por fármacos como las hidantoínas, los antagonistas del calcio y la ciclosporina.
- Agrandamientos gingivales inducidos por placa bacteriana.
- Fibromatosis gingival idiopática.
- Tamaño reducido de la corona clínica por bruxismo.
- Destrucción coronaria por trastornos alimenticios (bulimia).
- Coronas anatómicas fisiológicamente cortas.
- Sonrisa gingival por sobrerupción de los incisivos superiores, alteraciones esqueléticas o labio superior corto con coronas clínicas de longitud normal.

Una correcta historia clínica con los datos exploratorios anteriormente mencionados, permitirán diferenciar los distintos cuadros clínicos (25).

3.2.3 CLASIFICACION (26)

Dependiendo de los resultados obtenidos del sondeo, se hace la clasificación de la erupción pasiva alterada de acuerdo con Coslet et al. (22), quienes en 1977 clasificaron la EPA en dos tipos teniendo en cuenta la cantidad de encía queratinizada, subdividiéndola en dos categorías según la relación entre la cresta ósea y el LAC.

- Tipo I: el margen gingival se ubica incisal u oclusal al LAC, y existe una amplia banda de encía desde el margen gingival hasta el límite mucogingival.
- Tipo II: la dimensión de la encía queratinizada tiene una amplitud normal localizándose sobre la corona anatómica, mientras que el límite mucogingival se localiza a nivel de la unión cemento esmalte.
- Subgrupo A: la distancia de la cresta ósea alveolar a la UCE es de 1,5 mm a 2,0 mm.
- Subgrupo B: la cresta ósea se encuentra a nivel de la UCE.



3.2.4 OPCIONES TERAPEUTICAS EN EL SECTOR ANTERIOR

El tratamiento de la EPA pasa inevitablemente por el empleo de la cirugía y su objetivo es el de exponer toda la corona anatómica. El tipo de técnica depende fundamentalmente de la relación entre la cresta ósea y el LAC. (27).

- Tipo IA: Estará indicada la gingivectomía.
- Tipo IB: Gingivectomía y remodelado óseo
- Tipo 2A: Colgajo de reposición apical
- Tipo 2B: Colgajo de reposición apical y remodelado óseo.

a. GINGIVECTOMIA

GINGIVECTOMÍA A BISEL EXTERNO (16)

Robicsek, en 1884, fue el pionero en la denominada gingivectomía, quien la usó para la eliminación de la bolsa y recontorneado de la encía enferma, con el fin de restaurar su forma fisiológica. Deberá haber, después de la gingivectomía, de 3 a 5 mm de encía remanente. Esta técnica presenta muchas ventajas: es simple y muy rápida pero no permite un recontorneado óseo y puede sacrificarse encía queratinizada. La gingivectomía resulta de una cicatrización a segunda intención, lo cual causa una incomodidad para el paciente y puede ocurrir un sangrado postquirúrgico. La gingivectomía a bisel externo solo se realiza cuando se asocia a una gingivoplastia; es una técnica muy restringida empleándose desde el punto de vista estético sólo en casos de:

- Hipertrofia gingival inducida por fármacos,
- Fibrosis idiopática.

Este contraindicado en:

- Bolsas infraóseas
- Engrosamiento óseo marginal
- Escasa encía insertada
- Afectación de las furcaciones.

Hoy en día casi no se utiliza y se limita a aquellos casos en los que se requiere un alargamiento mínimo.

Técnica quirúrgica:

- Se marca la profundidad de sondaje en la cara vestibular y palatina de la encía para tener una referencia.
- La incisión debe realizarse con una angulación de la hoja de bisturí de 45º, siguiendo en trayecto de las marcas.
- Se elimina el tejido gingival y se procede a una gingivoplastia utilizando tijeras, bisturí y fresas de diamante.
- Se coloca siempre un apósito periodontal.

GINGIVECTOMÍA A BISEL INTERNO (27)

Esta técnica se emplea cuando existe espacio suficiente entre la cresta ósea y el LAC; como ya se ha comentado, el espacio entre ambos ha de ser de unos 2 mm. Para determinar la posición de la cresta ósea se realizará un sondaje a hueso. Además, es necesario tener una banda de encía queratinizada lo suficientemente ancha para mantener la posición de dicha encía una vez realizada la técnica.

La incisión debe situarse a nivel del LAC y paralela a éste con un bisel de unos 45° hacia el diente; antes de realizarla marcaremos con la sonda periodontal el punto más apical de la futura incisión festoneada. En el caso de que se guarde simetría y que la relación con los dientes adyacentes sea la correcta se marcarán las incisiones a bisel interno y se procederá a la eliminación del rodete gingival. La cicatrización de la zona cruenta va a ser contra la superficie del diente debido al bisel interno de la incisión. Esta técnica no suele requerir sutura puesto que no se eleva colgajo.

Fernández y col. Nos muestran una variante para esta técnica, aplicando en un periodonto grueso sin compromiso mucogingival, una incisión con angulación de aproximadamente 60 grados con la perpendicular al eje longitudinal del diente. (25) y la de 45 grados para un periodonto fino sin compromiso mucogingival.

b. CIRUGÍA A COLGAJO DE REPOSICION APICAL Y REMODELADO ÓSEO

En 1962, Friedman propuso la técnica de reposición apical al concluir la intervención quirúrgica debido a que todo el complejo de los tejidos blandos quedaba desplazado hacia apical y no sólo la encía adherida. Puede utilizarse para exponer estructura dental sana. Como regla general, se debe exponer con la cirugía al menos 3- 4 mm de estructura dental sana supracrestal. (16)

Esta técnica está indicada en alargamiento de coronario de varios dientes, y está contraindicada en alargamiento de corona de un único diente en la zona estética.

b.1 Técnica descrita por Gutierrez (16)

- Se realiza una incisión de bisel invertido, la que dependerá de la profundidad de la bolsa y del espesor del ancho de la encía. La incisión de bisel debe ser de diseño festoneado.
- En cada uno de los puntos terminales de las incisiones de bisel invertido se realizan las incisiones liberadoras que se extienden hasta la mucosa alveolar.
- Se levanta un colgajo mucoperióstico de espesor total.
- La cresta alveolar se recontornea con el objeto de recuperar la forma normal de la apófisis alveolar.
- Después se reubica el colgajo vestibular en el nivel de la cresta ósea alveolar recontorneada y se asegura en esta posición.

b.2 Técnica descrita por Balda y col. (27)

Cuando exista una banda estrecha de encía queratinizada o la cresta ósea se encuentre a menos de 2 mm del LAC estará indicada la realización de un colgajo a espesor total. La incisión inicial se puede diseñar como la descrita para la gingivectomía. En el caso de que exista poca encía insertada, se hará intrasulcular. Se realiza un colgajo mucoperióstico que se elevará por encima de la línea mucogingival.

En el caso de que la cresta ósea se encuentre próxima al LAC se realizará cirugía ósea resectiva hasta dejar dicha cresta a una distancia de 2-2,5 mm del LAC. Para la realización de esta técnica se procederá primero al adelgazamiento de la cresta ósea con instrumental rotatorio, eliminando con cinceles el hueso adyacente a la superficie radicular. (27)

El colgajo es reubicado apicalmente a una posición próxima al LAC. En caso de que la adaptación del colgajo no sea buena se procederá a su adelgazamiento. La sutura se realiza mediante puntos simples. Los cuidados postoperatorios en ambas técnicas se limitan a favorecer el control de placa mediante el empleo de clorhexidina durante las primeras 2-4 semanas tras la intervención y cepillado suave a partir de la primera semana. (27)

b.3 Técnica descrita por Fernández y col. (25)

Una vez anestesiada la zona a intervenir, de forma infiltrativa, se va recorriendo el surco gingival presionando con la sonda periodontal hasta localizar la depresión existente a nivel de la unión amelocementaria. Estas mediciones nos permiten determinar la cantidad de encía que será necesario eliminar. Con una hoja de bisturí del número 15 o 15C se realiza una primera incisión 0,5 mm coronal la unión amelocementaria tratando que el bisturí tenga una angulación de 45º con el eje longitudinal del diente (fig. 1). Cuando la encía es muy gruesa la angulación será mayor para permitir obtener un colgajo más delgado (fig 2).

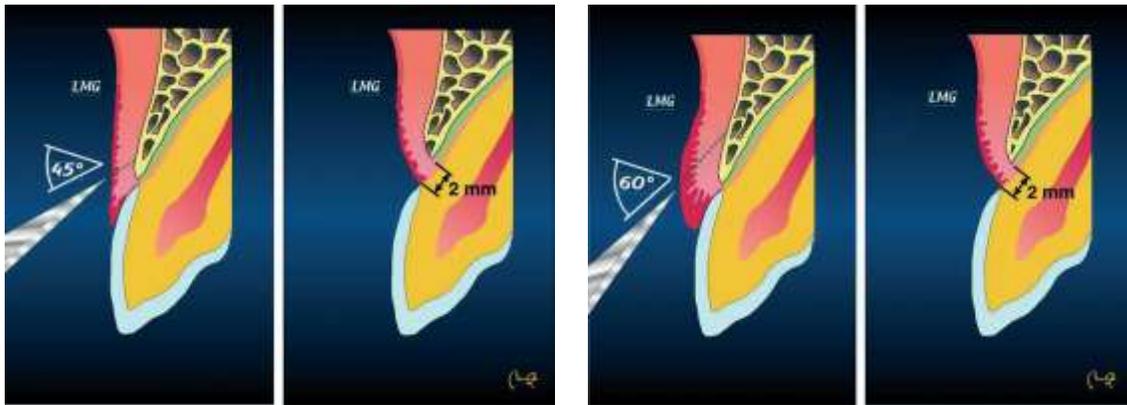


Figura 1

Figura 2

En interproximal, la incisión se realiza a una distancia del punto de contacto igual que la cantidad de encía que se va a eliminar en vestibular del diente. En aquellos pacientes en los que se ha perdido hueso en interproximal la incisión se hace intrasulcular para preservar toda la papila. La segunda incisión será intrasulcular paralela al eje longitudinal del diente. Con una cureta se elimina el tejido blando delimitado por las dos incisiones quedando expuesta la corona anatómica del diente. Una vez retirada la encía se puede explorar mejor si la primera incisión ha sido correcta. Si en alguna zona ha quedado un exceso de encía se puede realizar una tercera incisión para dejar el margen gingival a 0,5 mm de la unión amelocementaria.

En aquellos pacientes en los que la cantidad de encía insertada sea reducida la primera incisión se realizará preservando al menos 3 mm de encía queratinizada para reposicionar posteriormente el colgajo en sentido apical (fig. 3). Cuando también se realiza cirugía por palatino la primera incisión discurre paralela al eje longitudinal del diente y se inicia 1 mm apical a la unión amelocementaria del diente. Es importante dejar un colgajo palatino muy adelgazado y que incluso deje expuesta la corona anatómica en su totalidad, debido a la tendencia de la fibromucosa palatina a aumentar su grosor en los meses e incluso años posteriores a la cirugía.

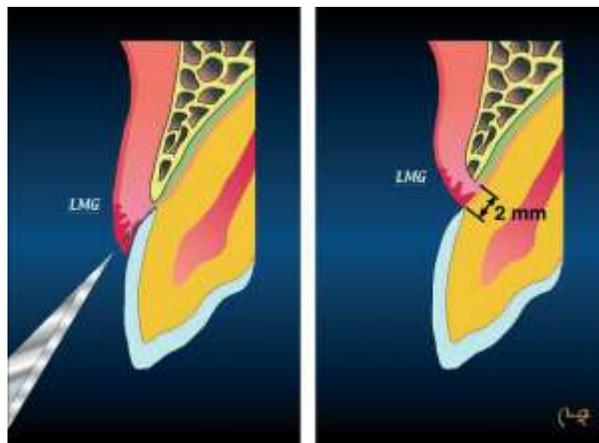


Figura 3

El despegamiento del colgajo se realiza a espesor total y de forma cuidadosa para evitar desgarros permitiendo la exposición de 4-5 mm de hueso para el posterior remodelado óseo. El remodelado óseo se puede realizar con una fresa diamantada redonda de diámetro ancho y abundante irrigación. Los instrumentos rotatorios se utilizan para adelgazar el hueso, eliminando el tejido duro en contacto con la raíz con curetas o cinceles, evitando el riesgo de dañar la superficie radicular con la fresa. El contorno óseo se remodela dejándolo a 2 - 3 mm de la unión amelocementaria. La zona más coronal del hueso interproximal se deja intacta para mantener el soporte la papila y permitir que el tejido blando alcance el punto de contacto. Por palatino no se realiza ostectomía aunque el hueso alcance la línea amelocementaria; tan solo

se realiza osteoplastia cuando la arquitectura ósea esté alterada. Cuando el paciente va a ser rehabilitado con prótesis el margen óseo se debe dejar a 2,5 mm del futuro margen del tallado.

Con frecuencia la eliminación de una altura importante de encía por vestibular hace que la inserción del frenillo quede cerca de la papila entre los dos incisivos centrales. En estos casos éste debe ser eliminado antes de la sutura del colgajo. La sutura del colgajo se realiza con hilo de 5-0 y puntos sueltos. Cuando también se ha realizado cirugía por palatino se puede realizar sutura continua con puntos colchoneros verticales alejados del margen gingival por lingual para disminuir el riesgo de necrosis parcial del colgajo palatino.

En el postoperatorio el paciente puede utilizar un cepillo blando de cirugía prescribiéndose un colutorio o gel de clorhexidina y tratamiento analgésico y antiinflamatorio. No es necesario el tratamiento antibiótico y las suturas se retiran a los siete días.

3.2.5 INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

No todas las alteraciones de la erupción pasiva hacen necesario el tratamiento quirúrgico. La indicación de este tipo de terapia dependerá de la existencia de alguna de las siguientes situaciones (25).

- Compromiso estético.
- Dificultad para mantener la salud periodontal.
- Necesidad de tratamiento restaurador.
- Imposibilidad de realizar un tratamiento de ortodoncia.

Cuando el retardo de la erupción pasiva se acompaña de sonrisa gingival aparece una alteración estética que en muchas ocasiones puede ser resuelta con tratamiento quirúrgico. Siempre que esté mantenida la salud periodontal será la percepción del paciente y su propio entendimiento sobre la estética los que dictaminarán la necesidad de realizar el procedimiento corrector. Si bien el tratamiento quirúrgico permite mejorar la sonrisa gingival no siempre la eliminará totalmente, ya que la etiología de ésta es multifactorial. Esta situación puede estar causada por una deformidad facial/esquelética, crecimiento vertical excesivo, deformidad de los tejidos blandos, que muestran un labio superior corto; o una combinación de ambas situaciones. También puede ser provocada por una excesiva facilidad para levantar el labio superior.(25)

La presencia de retardo en la erupción pasiva, no implica necesariamente alteración en la salud de los tejidos blandos. Sin embargo, algunos de estos pacientes presentan surcos gingivales más profundos de lo normal (pseudobolsas periodontales) en los que la placa bacteriana puede ser más difícil de eliminar. Si después de haber realizado un tratamiento periodontal básico con motivación e instrucción en las técnicas de higiene bucal persiste la inflamación existiendo riesgo de pérdida de inserción el tratamiento quirúrgico debe ser valorado.

Asimismo en aquellos pacientes en los que la alteración de la erupción pasiva se asocia a una periodontitis, la cirugía estará totalmente indicada. Diversos autores sugieren que la erupción pasiva alterada puede ser un factor predisponente para la aparición de gingivitis ulcero necrotizante aguda; esta situación representa por si sola una indicación para el tratamiento quirúrgico.

Cuando un paciente con alteración de la erupción pasiva debe ser rehabilitado con prótesis fija, la reposición del margen gingival en una posición más apical no sólo mejorará la estética, si no que también facilitará el tratamiento restaurador al disponer de mayor retención y disminuirá el riesgo de complicaciones futuras.

Algunos autores postulan que sólo se puede hablar de alteración de la erupción pasiva en pacientes adultos. Sin embargo, existen niños en los que la exposición de corona anatómica es tan reducida que deben ser incluidos en esta condición. Si estos pacientes deben ser sometidos a tratamiento ortodóncico, los brackets podrían quedar en contacto con la encía imposibilitando su colocación. En estas situaciones el tratamiento quirúrgico se debería plantear antes o durante la ortodoncia. (25)

CONCLUSIONES

1. La literatura nos muestra que el tratamiento de la EPA debe ser correctamente diagnosticado y planificado en todos sus aspectos, para poder conseguir unos resultados predecibles y que cumplan con nuestras expectativas y las del paciente.
2. Se debe tener un conocimiento firme tanto de la teoría como la clínica para no caer en errores que podrían llevarnos a “fracasos” que repercutirán inmediatamente en nuestro paciente, pues el tratamiento del sector anterior es indiscutiblemente vistoso.
3. Actualmente los pacientes tienen una gran exigencia en el tema de estética, y la odontología tiene un lugar muy importante en ello, y el tratamiento ya presentado es una excelente opción para que nuestros pacientes vuelvan a sonreír con plena confianza.

REFERENCIAS

1. Moskowitz ME, Nayyar A. Determinants of dental esthetics: a rationale for smile analysis and treatment. *Compend Contin Educ Dent* 1995;16(12):1164–86
2. Kokich. Anterior dental esthetics: an orthodontic perspective. II. Vertical relationships. *J Esthet Dent* 1993;5; 174-8.
3. Evian CI, Cutler SA, Rosenberg ES, Shah RK. Altered passive eruption: the undiagnosed entity. *J Am Dent Assoc.* 1993;124:107-110.
4. Volchansky A, Cleaton-Jones P. The position of the gingival margins expressed by clinical crown height in children ages 6-16 years. *J Dent.* 1976;4:116-122.
5. Morrow LA, Robbins JW, Jones DL, Wilson NHF. Clinical crown length changes from age 12-19 years: a longitudinal study. *J Dent.* 2000;28:469-473.
6. Cochran DL, Hermann JS, Schenk RK, Higginbottom FL, Buser D. Biologic width around titanium implants. A histometric analysis of the implanto-gingival junction around unloaded and loaded nonsubmerged implants in the canine mandible. *J Periodontol* 1997;68:186-198.
7. Canut P. Alargamiento de corona dentaria. I: bases anatómicas aplicadas. *J Periodoncia.* 1996; 6: 153-63.).
8. Smukler H, Chaibi M. Consideraciones periodontales y dentales en el procedimiento de alargamiento coronal: una base racional para su tratamiento. *Rev Int Odont Rest y Perio.* 1997; 1: 441-53.
9. P. Martínez Canuto Alargamiento de corona dentaria. I: bases anatómicas aplicadas. *Periodoncia.* 1996, Julio Septiembre; Vol. 6; N° 3: 153 – 163.
10. Hyman Smukler, Mohammed Chaibi. Consideraciones periodontales y dentales en el procedimiento de alargamiento coronal: una base racional para su tratamiento. *Revista Internacional de Odontología Restauradora y Periodoncia.* 1997;Vol. 1;W 5: 441 - 453
11. Carranza F, Newman MG. *Periodontología clínica.* 8va Edición. Buenos Aires: Editorial Mc-Graw Hill Interamericana; 1998. p. 14 – 32.
12. Gargiulo A, Wentz F, Orban B. Dimension and relations of the dentogingival junction in humans. *J Periodontol.* 1961: 32- 262
13. Nevins M. Periodontal considerations in prosthodontics treatment. *Curr Opin Periodontol.* 1993: 151-56.

14. Marcum J. The effect of Crown margin depth upon gingival tissue. *J. Prosthet Dent.* 1967;17: 479
15. Escudero-Castaño N, García-García V, Bascones-Llundain J, Bascones-Martínez A. tención protésica, estética y anchura biológica: Revisión bibliográfica. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2007 Ago [citado 2016 Oct 13] ; 23(4): 171-180. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852007004400002&lng=es.
16. Gutiérrez F. Alargamiento de corona y gingivoplastia. *Kiru.* 2009; 6(1): 57-63
17. Matta-Valdivieso E1, Alarcon-Palacios M2, Matta-Morales C3. Espacio biológico y prótesis fija: Del concepto clásico a la aplicación tecnológica. *Rev Estomatol Herediana.* 2012; 22(2):116-120
18. Seibert J, Lindhe J. Esthetics and periodontal therapy. *Textbook of clinical periodontology.* 2ª Edición. Copenhagen: Editorial Munksgaard. 1989. p. 477 - 514.
19. Kois D, Schmdt K, Raigrodski A: Esthetic templates for complex restorative cases: rationale and management. *J Esthet Restor Dent.* 2008; 20: 239-25.
20. Tarnow D, Stahl S, Magner A, Zamzok J. Human gingival attachment responses to subgingival crown placement – marginal remodelling. *J Clin Periodontol.* 1986; 13: 563-569.
21. Molano P, García K, Arango M. Caracterización familiar de la erupción pasiva alterada. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología* 2015; 6 (17): 115-122.
22. Coslet JG, Vanarsdall R, Weisgold A. Diagnosis and clasificación of delayed passive eruption of the dentogingial junction in the adult. *Alpha Omegan* 1977;3:24-8
23. Dello Russo NM . Placement of crown margins in patients with altered passive eruption. *Int J Periodont Res Dent* 1984;4:59-65
24. Ainamo J, Löe H. Anatomic characteristics of gingiva: a clinical and microscopic study of the free and attached gingiva. *J Periodontol* 1966;37:5-13
25. Fernández-González R, Arias-Romero J, Simonneau-Errando G. Erupción pasiva alterada. *Repercusiones en la estética dentofacial.* *RCOE* 2005;10(3):289-302.
26. Rendón Giraldo JE, Pedroza Garces A. Ortodoncia y erupción pasiva. *Rev. Nac. Odontol.* 2013 diciembre; 9 (edición especial): 101-108.
27. Balda García I, Herrera Ureña JI, Frías López MC, Carasol Campillo M. Erupción pasiva alterada. Implicaciones estéticas y alternativas terapéuticas. *RCOE* 2006;11(5-6):563-571