

Resúmenes

4ta. Liga FIPP de Casos Clínicos de Posgrados de Periodoncia

Federación Iberoamericana de Periodoncia

16 de agosto, 2024. Congreso Asociación Peruana de Periodoncia y Oseointegración, APPO

Abstracts

4th FIPP League of clinical cases of postgraduate periodontics Ibero Pan-American Federation of Periodontics August 16, 2024. Congress of the Peruvian Association of Periodontology and Osseointegration, APPO

CIRUGÍA GUIADA PARA EXTRACCIÓN DE IMPLANTE OSEOINTEGRADO EN SENO MAXILAR: REPORTE DE CASO.

*Kathia Lucy Torres Oliva, Elmer Salinas Prieto.
Universidad Particular San Juan Bautista, Perú.*

Introducción: Implantes desplazados dentro del seno maxilar son una complicación potencial durante o después de su colocación. Conocido como perforación o migración ocurre por técnicas quirúrgicas inadecuadas, falta de estabilidad primaria, traumatismo y experiencia del cirujano. Su prevalencia es relativamente baja (0,3% a 5,2%), generalmente se asocia a la perforación de la membrana de Schneider (60%). Con una adecuada planificación y técnica quirúrgica, estas complicaciones se pueden minimizar. La posición óptima de un implante se determinará con el espesor de cortical ósea, altura hueso residual y distancia entre implante y seno maxilar usando radiografías y tomografías y guías quirúrgicas en técnicas de elevación del seno maxilar también minimizarán riesgo al desplazamiento.

Reporte del caso: Paciente femenino de 31 años no fumadora sin alteraciones sistémicas quiere reconstruir implante en espacio de 1.6 asintomático no tiene contraindicaciones para su cirugía. Al examen radiográfico y tomográfico (CBCT) se halló un implante desplazado al interior del seno maxilar perforando membrana de Schneider y oseointegrado al piso de seno maxilar, no hubo infección. Según la literatura el desplazamiento era inminente y su rehabilitación imposible por posición y tamaño de este. Se decidió su extirpación. La técnica de ventana lateral es un procedimiento recomendado y los implantes cortos son una alternativa viable en áreas posteriores atróficas del maxilar. La cirugía guiada por ordenador optimiza y precisa la colocación de implantes reduciendo el tiempo quirúrgico.

Conclusiones: La decisión acertada de extirpar el implante, respaldada por diagnósticos precisos, técnicas avanzadas y medidas preventivas mediante el uso de planificación quirúrgica virtual llevó al éxito de la cirugía.

Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Bogotá, Colombia.

Introducción: En la actividad clínica diaria se pueden encontrar casos de pacientes adultos con malposiciones dentales, caracterizadas por apiñamiento en dientes anteroinferiores que requieren tratamiento de ortodoncia; desde el punto de vista periodontal cuentan con un fenotipo delgado que dificulta realizar movimientos dentales a través del tejido óseo deficiente. Como una alternativa quirúrgica relativamente segura para mejorar las condiciones óseas y aumentar velocidad en la ortodoncia se encuentra la técnica: ortodoncia osteogénica periodontalmente acelerada (PAOO). Este informe de caso tuvo como objetivo evaluar los resultados clínicos y radiográficos de la PAOO en un paciente adulto con maloclusión dental clase III, apiñamiento dental y fenotipo periodontal delgado.

Reporte de caso: Hombre de 44 años quien fue remitido a la clínica de Periodoncia y Oseointegración reportando maloclusión dental clase III, apiñamiento dental y fenotipo periodontal delgado; diagnóstico alto riesgo de recesión gingival debido a apiñamiento dental, pérdida de corticales óseas vestibulares y biotipo gingival delgado. El plan de tratamiento se llevó a cabo por medio de técnica PAOO, el movimiento dental ortodóntico asistido gracias a las corticotomías óseas controladas realizadas alrededor de los dientes a mover, haciendo el movimiento fácil y rápido, con la ayuda de la aplicación de fuerza ortodóntica. Este procedimiento se rige en el fenómeno de aceleración localizado que aumenta el espesor óseo, acorta el tiempo de tratamiento de años a meses y aumenta la estabilidad del tratamiento, aumenta el soporte óseo para los dientes y los tejidos blandos. Además, los resultados radiológicos mostraron ganancia en el espesor óseo vestibular del maxilar inferior.

Conclusiones: La técnica PAOO puede ser una alternativa segura para mejorar las condiciones del fenotipo periodontal y favorecer los movimientos ortodónticos de manera más rápida.

RESULTADO DEL USO DE TÉCNICA ORTODONCIA OSTEOGÉNICA ACELERADA PERIODONTALMENTE (PAOO) EN PACIENTE ADULTO CON DEFICIENCIA ÓSEA ALVEOLAR.

Ivan Dario Larraniaga López, Wverley Torres Cartagena, Andrea F. Romo N, Andrea F. Romo N.

¿CUÁL ES EL IMPACTO SISTÉMICO DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL? CASO DE UN PACIENTE CON DIABETES CON PERIODONTITIS ESTADIO III GENERALIZADO GRADO C.

*Claudia Sola, Eduardo Montero, Mariano Sanz.
Universidad Complutense de Madrid, España.*

Introducción: Un paciente de 56 años acudió en 2022 a la Universidad

Complutense de Madrid para tratamiento periodontal por "sangrado persistente de las encías". Su historial médico revela que dejó de fumar hace 15 años y tiene diabetes tipo 2, tratada con metformina. Su hemoglobina glicosilada es de 6.6% y sus niveles de colesterol son de 210 mg/dl. La exploración periodontal mostró bolsas profundas (≥ 6 mm) en los sectores posteriores y a nivel del 1.2 y 3.3, con índices de sangrado del 97% y de placa del 76%. El examen radiográfico reveló defectos intraóseos en el 1.2 y 3.3. Se le diagnosticó con periodontitis estadio III generalizado, grado C.

Reporte de Caso: Objetivos del tratamiento: El tratamiento se llevó a cabo en un enfoque escalonado: 1. Paso 1: Fomentar cambios de comportamiento para mejorar la higiene oral y controlar las condiciones sistémicas. 2. Paso 2: Instrumentación subgingival. 3. Paso 3: Cirugías periodontales para alcanzar PS menores de 6 mm o menores de 5 mm sin sangrado. Plan de tratamiento. Paso 1: Se controlaron los factores de riesgo mediante una interconsulta con el endocrino, verificando niveles de HbA1c en 6.6%. El control del biofilm supragingival se realizó de manera concomitante con el Paso 2. La reevaluación tuvo lugar a las 8 semanas, con niveles de hemoglobina glicosilada en 6.0%. Paso 2: Se realizó instrumentación subgingival. Paso 3: Se realizó cirugía resectiva en el sextante 1. El defecto intrabucal en 2.2 se trató con MIST utilizando derivados de matriz de esmalte y xenoinjerto óseo. El defecto en 3.3 y 3.4 se trató con MPPF y una membrana reabsorbible con xenoinjerto óseo. Tras el Paso 3, se valoraron los parámetros sistémicos, obteniendo una HbA1c de 5.0%.

Conclusión: El tratamiento periodontal escalonado mejoró significativamente la salud oral y redujo la HbA1c del paciente de 6.6% a 5.0%, de acuerdo con la literatura disponible.

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO DE LA PERIODONTITIS ESTADIO III EN PACIENTE CON ENFERMEDAD CELÍACA.

Vanessa Carpio Miranda, Carolina Encalada Abad, Germán Moreno. Universidad San Francisco de Quito – USFQ, Ecuador.

Introducción: La periodontitis es una enfermedad inflamatoria crónica multifactorial que destruye progresivamente el aparato de soporte de los dientes. Se ha visto relacionada con distintas condiciones sistémicas que comparten características fisiopatológicas vinculadas con la inflamación crónica o un sistema inmunológico alterado. Por otro lado, la enfermedad celíaca, es un trastorno digestivo, autoinmune y crónico que destruye el revestimiento del intestino delgado cuando existe exposición al gluten, dificultando la absorción de nutrientes. A través del siguiente caso clínico, se detallará de manera específica la fase de cambio comportamental, control de factores de riesgo y terapia dirigida a la causa.

Reporte de caso: Paciente femenino de 35 años con celiaquía, acude a consulta por profilaxis de rutina. Al examen periodontal, se diagnosticó Periodontitis estadio III generalizada, debido a una pérdida de inserción >5 mm y lesión de furca grado II. El grado C fue determinado por la pérdida ósea vs la edad (1.8). Iniciando con el paso 1, la motivación oral, eliminación mecánica de la placa supragingival y el control de factores de riesgo fueron claves. Continuando con el paso 2, se realizó la instrumentación subgingival y a las 8 semanas se realizó la reevaluación periodontal. Dada la persistencia de bolsas periodontales en ciertos sitios y no haber alcanzado los objetivos de la terapia periodontal, se requiere continuar con una fase periodontal quirúrgica.

Conclusión: Ya que la periodontitis estadio III refleja un desafío, este caso en concreto, por los defectos intraóseos, se evidenció la persistencia y minuciosidad que se necesita para mejorar la condición. Además, el seguir los pasos del tratamiento, enfocándonos en controlar los factores que contribuyeron con el estado periodontal e involucrando al paciente desde el inicio y a lo largo del tiempo, encaminará en lograr los objetivos finales de la terapia periodontal.

TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN UN PACIENTE CON COMPROMISO PERIODONTAL.

Cristhian David Ramirez Villegas, Sandra Amaya, Jorge Soto. Universidad del Valle- Cali, Colombia.

Introducción: El tratamiento de ortodoncia en pacientes periodontalmente comprometidos presenta controversias por los desafíos que se pueden presentar por la aplicación de fuerzas que si no son manejadas adecuadamente en un periodonto afectado puede aumentar el daño periodontal. Al recuperar la alineación de los dientes para los pacientes con desplazamiento dental causado por periodontitis mejora la carga oclusal y contribuye a mantener estabilidad periodontal y el control de placa bacteriana. El objetivo del presente caso es determinar los efectos del manejo interdisciplinario de tratamiento de ortodoncia en un paciente comprometido periodontalmente.

Reporte de caso: Cumpliendo con las consideraciones éticas de investigación en humanos, reportamos el caso de una mujer de 49 años con diagnóstico inicial de periodontitis estadio 4 grado c, con maloclusión por migración dentaria, con un índice de placa inicial de 45%. Se realizó periodontograma completo, Índice de O'Leary y cultivo microbiológico para periodontopáticos, radiografías periapicales y panorámica. Describimos la evaluación, planificación y tratamiento periodontal con raspaje radicular a campo cerrado y abierto y cirugía mucogingival. Se estabilizó periodontalmente después de 10 meses con disminución del índice de placa (10%). Se remitió a tratamiento de ortodoncia convencional, realizada con técnica Roth con slot 22. El paciente está en fase de estabilización, en el último control se observó buen control de higiene oral, no hay presencia de bolsas activa y no hay aumento la pérdida de inserción y estabilización de tejidos periodontales. Se realizó periodontograma, radiografías y cultivo de control.

Conclusión: El tratamiento interdisciplinario de periodoncia con ortodoncia, con un adecuado diagnóstico, tratamiento y controles ha permitido estabilizar periodontalmente al paciente, mejorar su oclusión, alinear los dientes, mejorar la estética y no aumentar la pérdida de inserción de los tejidos periodontales.

DE LA PRESERVACIÓN ALVEOLAR Y REGENERACIÓN ÓSEA A LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES.

Luis Ricardo Lombardi Nieto, Gabriela Contreras Wu, Ruth Castillo Monzón, Lilian Málaga Figueroa.

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.

Introducción: La preservación alveolar (PA) es una técnica clave en el manejo post exodoncia para minimizar los cambios dimensionales óseos, Mientras que la regeneración ósea guiada (ROG) ha demostrado aumentos significativos en rebordes atróficos mejorando la predictibilidad al colocar los implantes en una posición óptima. El objetivo del presente caso es evidenciar la efectividad de la PA post exodoncia y la ROG en un reborde atrófico para demostrar que se puede lograr ganancia ósea en sentido horizontal con los procedimientos regenerativos basados en la evidencia científica permitiéndonos posteriores rehabilitaciones sobre implantes.

Reporte de caso: Antecedentes: Paciente de sexo femenino de 65 años sin antecedentes sistémicos, es derivada al servicio de periodoncia e implantología de la UPCH donde se determina con el análisis tomográfico la presencia de fractura vertical y pérdida del 90% de tabla vestibular en la pieza 23, por lo que se indica la extracción. Planteamiento del problema: Al planificarse rehabilitar con implantes dentales se procede a realizar la PA post exodoncia de la pieza 23 y aprovechar el procedimiento para realizar la ROG en zona 24 en la que se evidenció al análisis tomográfico un inadecuado volumen óseo vestibulo palatino lo cual dificultaría la colocación del implante.

Tratamiento: Se colocó anestesia infiltrativa, se procedió a levantar un colgajo a espesor total, y realizar la exodoncia atraumática. Se realizaron corticotomías en el reborde y se colocó el injerto óseo (aloinjerto) a nivel del alvéolo y del reborde, se acentuó una membrana de colágeno reabsorbible y se parcializó el colgajo para lograr el cierre primario. A los 4 meses la tomografía confirma las condiciones óptimas a nivel del tejido óseo en sentido horizontal para la colocación de los implantes 23,24 y su posterior rehabilitación.

Conclusiones: Las técnicas regenerativas junto con los sustitutos óseos más membranas reabsorbibles nos dan resultados óptimos para colocar implantes dentales en una posición tridimensionalmente adecuada y predecible.

REGENERACIÓN EN LESIONES ENDOPERIODONTALES: UN CASO CLÍNICO.

Noelia Burattini, Berenice López; Florencia Dottavio; Miriam Bermolen.
Universidad del Salvador, Argentina.

Introducción: Paciente de 61 años, presenta lesión endoperiodontal de p2.1, con endodoncia previa del año 2018, profundidad al sondaje de 6mm, 9mm y 6mm en su recorrido vestibular mesiodistal, supuración espontánea a través de la bolsa y movilidad grado I, por ende, se decide ferulizarla. Se realizó radiografía periapical y tomografía computada de haz cónico con cortes de 1 mm y archivos Dicom. Se prescribió medicación preoperatoria con amoxicilina 500 mg + ácido clavulánico 125mg tres por día, desde las 48 h previas y 10 días post cirugía.

Reporte de caso: Se realizó un colgajo de espesor total, con incisión Intracrevicular desde la pieza 1.1 a la 2.3, con descarga vertical a distal de la pieza 2.3. Al legar el tejido mucoperiostico se accedió al proceso observado en la tomografía, cuya mayor inserción estaba en la tabla palatina. El tejido de granulación fue eliminado mediante ultrasonido, curetas y raspadores óseos, lo cual permitió acceder a la fisura radicular a nivel del ápice sobre la cara vestibular. Se realizó la microcirugía apical y el alisado de la zona con punta diamantada de ultrasonido. La fisura y el ápice fueron obturados en forma retrógrada con material biocerámico. Para el defecto periodontal se utilizó un xenoinjerto y membrana colágena, previa colocación de EDTA al 24% durante 2 minutos, lavado con solución fisiológica aplicación de proteínas del esmalte sobre las superficies radiculares acondicionadas y expuestas. El colgajo se posicionó hacia coronal para minimizar la retracción post operatoria. El cierre se realizó con suturas continuas y simples con monofilamentos 7.0, aguja de 13 mm circular 3/8. El retiro de la sutura se realizó a los 10 días. Los controles clínicos, fotográficos, radiográficos y tomográficos se realizaron a la semana, al mes 1, 3 y 15 respectivamente.

Conclusiones: Las piezas aparentemente perdidas o con pronóstico reservado, intervenidas con técnicas adecuadas y conservadoras presentan buena evolución. No se observan signos de supuración, retracción ni sintomatología hasta el momento. El control tomográfico revela un tejido denso que ocupa el tejido de soporte perdido. El control radiográfico se condice con el clínico. Podemos concluir que las lesiones endoperiodontales combinadas tratadas con las técnicas correctas son predictivas para alargar la vida de piezas casi perdidas.

CIRUGÍA PLÁSTICA - UTILIZACIÓN SITIO-ESPECÍFICA DE INJERTOS DE TEJIDO CONECTIVO.

Stephanie Flores Anzoátegui, Hernán Bontá, Facundo Caride.
Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las recesiones gingivales múltiples presentan retos para los clínicos, uno de los principales objetivos en el tratamiento de recesiones mucogingivales es la cobertura completa de la raíz. El Colgajo Desplazado Coronal (CAF) ha demostrado ser efectivo en tratamiento de recesiones múltiples brindando mejoras estéticas y menor morbilidad para el paciente. La técnica quirúrgica consiste en el desplazamiento coronal de los tejidos blandos en la superficie radicular expuesta, la cual puede ser utilizada por su cuenta o en combinación con un injerto de tejido conectivo (ITC). El objetivo principal de este caso es la cobertura completa de las recesiones gingivales junto con una morbilidad mínima brindando así mejoras estéticas para el paciente.

Reporte de caso: Un joven de 26 años sistémicamente saludable acude a la universidad de Buenos Aires, Argentina para el tratamiento de recesiones gingivales múltiples en maxilar superior e inferior por motivos de estética. Las recesiones se ubican en piezas dentales 14, 13, 12, 22, 23, 24, 36, 35, 33, 32, 43, 44 las cuales fueron clasificadas como Miller Clase 1. El propósito de la cirugía fue mejorar la encía queratinizada y su grosor, cubrir las recesiones mucogingivales y mejorar la estética del paciente. Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron: • Cuadrante 1: CAF trapezoidal + ITC • Cuadrante 2: CAF Envelope + ITC con descarga vertical mesial • Cuadrante 4: CAF Envelope + ITC con descarga vertical mesial.

Conclusión: La técnica quirúrgica empleada fue efectiva para la cobertura completa de las recesiones mucogingivales Miller clase 1, obteniendo resultados satisfactorios para el paciente y logrando

clínicamente salud gingival con mejor calidad de encía queratinizada en piezas dentarias afectadas por recesiones mucogingivales.

TRATAMIENTO DE RECESIONES GINGIVALES MEDIANTE TÉCNICA DE TÚNEL MODIFICADA Y TUNNEL CUBES TECHNIQUE.

Violeta Cueto Jiménez, M. Angélica Michea Rivera, Diana Álvarez Vintimilla.

Universidad de Chile, Chile.

Introducción: La recesión gingival (RG) se caracteriza por el desplazamiento apical del margen gingival con respecto a la unión cemento-esmalte, siendo una de las afecciones mucogingivales más comunes. Además de afectar la estética del paciente, puede causar sensibilidad y conducir a la formación de lesiones cervicales tanto cariosas como no cariosas. Entre sus desencadenantes se incluyen cepillado traumático, acumulación de biofilm, restauraciones desbordantes y tratamientos de ortodoncia. Entre las técnicas quirúrgicas empleadas para su tratamiento se encuentran la técnica de túnel modificada con el uso de injerto de tejido conectivo subepitelial (ITC) y una variante de ésta, la "Tunnel Cubes Technique".

Reporte de caso: Paciente masculino 47 años, requiere tratamiento para RG debido a problemas estéticos y sensibilidad. Presenta RG, RT2 y RT3 de Cairo, causadas por cepillado traumático. Se planificó realizar cirugías plásticas periodontales en los cuatro cuadrantes, comenzando por el cuadrante II con la técnica quirúrgica de túnel modificada con ITC. Esta técnica implica incisiones intrasulculares y elevación de un colgajo a espesor parcial para lograr la comunicación de todas las RG y la completa liberación del colgajo. Se utilizó un ITC palatino, que se introdujo y fijó bajo el colgajo, seguido de su desplazamiento coronal y sutura con puntos suspensorios con sling al punto de contacto. En el cuadrante I se realizó la técnica denominada Tunnel Cubes Technique, para adaptarse a la necesidad de mayor longitud de ITC debido al mayor número de RG. Aquí se divide el ITC en cubos y se fija cada uno bajo una RG.

Conclusiones: Tanto la técnica de túnel modificada con ITC como la Tunnel Cubes Technique han demostrado ofrecer resultados favorables y predecibles en la corrección estética de RG múltiples, reduciendo la morbilidad del paciente y mejorando la calidad de vida.

DESPIGMENTACIÓN GINGIVAL ASISTIDA POR LÁSER DIODO (450NM) Y ER:YAG (2490NM): REPORTE DE CASO.

Geraldine Tapias, Ilusión Romero.

Universidad Central de Venezuela. Caracas- Venezuela.

Introducción: El color normal de la encía es rosado a rojo claro. Está determinado por el número y tamaño de vasos sanguíneos, grosor del epitelio, grado de queratinización y distribución de pigmentos melánicos en el epitelio. La hiperpigmentación gingival (HG) se debe a una acumulación excesiva de melanina en los melanocitos que se ubican en la capa basal y suprabasal del epitelio. Aunque la HG no se considera desorden o una enfermedad per se, plantea un desafío estético y social para las personas sobre todo en pacientes con sonrisa gingival. La despigmentación gingival es una cirugía plástica periodontal en la que se elimina o reduce la hiperpigmentación gingival. La cirugía de láser es superior a la cirugía convencional en cuanto a la ablación de los tejidos, la descontaminación, la hemostasia y hay potencialmente menos dolor intra y postoperatorio. El objetivo de este informe es demostrar la efectividad de la Despigmentación gingival asistida por láser Diodo (450nm) y Er:Yag (2490nm).

Reporte de caso: Paciente femenina de 29 años quien acude al Postgrado de Periodoncia de la Universidad Central de Venezuela presentando como queja principal que tiene manchas marrones-parduscas en la encía, razón por la cual solicita la eliminación de estas por razones estéticas. Dentro de los antecedentes personales refiere asma crónica bajo tratamiento y gastrectomía vertical tipo manga. Se realizó despigmentación gingival uso de Láser Diodo(450nm) en cuadrante I/VI anterior y Láser Er:YAG(2490 nm) en cuadrante II/III anterior.

Conclusión: se demostró que ambas técnicas de láser son eficientes

para la despigmentación gingival. Sin embargo, el láser de diodo parece mostrar una mejor experiencia en cuanto al dolor y mejor control del sangrado.

RESULTADO CLÍNICO EN PACIENTE PORTADOR DE MÚLTIPLES RECESIONES GINGIVALES (RT1, RT2), UTILIZANDO DIFERENTES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS E INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL.

*Malena D'Agostino Ermácora , Adrian Gregori, Hugo Romanelli.
Universidad Maimónides, Argentina.*

Introducción: La previsibilidad de los procedimientos de cobertura radicular para el tratamiento de recesiones múltiples se ha demostrado ampliamente, como así también la utilización de injerto de tejido conectivo subepitelial (ITC), para lograr estabilizar el margen gingival y provocar cambios en el fenotipo periodontal del paciente. Varios son los procedimientos quirúrgicos para lograr los resultados anteriormente citados en pacientes con fenotipo gingival delgado, recesiones múltiples maxilares y mandibulares de tipo Cairo RT1 y RT 2/ Miller tipo I y II. El objetivo de este reporte de caso fue evaluar y comparar los resultados

clínicos en un mismo paciente al tratar recesiones múltiples (Cairo RT1 y RT 2/ Miller I y II) utilizando técnica de Colgajo desplazado coronal + ITC (CAF+ITC), Técnica de Túnel +ITC (T+ITC) y Técnica en sobre +ITC (TS+ITC).

Reporte de caso: Al paciente se le tomaron medidas clínicas iniciales se le indicaron cambios en su técnica de higiene bucal. Previa firma del consentimiento informado se comenzó con las cirugías de las diferentes técnicas y su posterior seguimiento clínico (entre 3 y 12 meses). 1) CAF+ITC de 1.2 a 1.5; 2) Tunnel+ITC+EMD de 2.2 a 2.5; 3) Técnica en sobre +ITC de 4.3 a 3.3; 4) CAF+ITC en 3.3 a 3.6 y 5) CAF+ITC en 4.3 y 4.4. En todos los casos se tomó tejido conectivo de paladar (el cual se despitelizó previo a la ubicación en el lecho receptor).

Conclusión: Todas las técnicas implementadas fueron eficaces en la cobertura de recesiones múltiples logrando reducir los NIC. Se analizó cada sector en los cuales no hubo cobertura completa. En los sectores superiores la cobertura fue completa excepto en las piezas 2.4 y 2.5 lo cual pudo deberse a la presencia de escalón radicular (A+ Pini Prato). En el sector anteroinferior se consiguió modificar el fenotipo periodontal, ganar de 2 a 3 mm de NIC con una cobertura al 50 %. La pieza 3.4 no mostró cobertura, lo cual pudo deberse al tipo de defecto gingival ancho y profundo, escasa encía queratinizada y escalón radicular (A+).