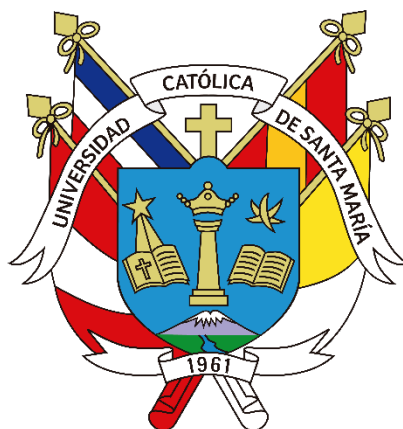


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Odontología
Segunda Especialidad en Periodoncia e Implantología



**COINCIDENCIA EN EL DIAGNOSTICO DE DEHISCENCIAS
/DEFICIENCIAS DEL TEJIDO BLANDO PERIMPLANTARIO FACIAL
DE LOS PARTICIPANTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA 2022.**

Tesis presentada por la Cirujano Dentista:
Manrique Chalco, Zaynifer Maryori para
optar el Título de **Segunda Especialidad
en Periodoncia e Implantología.**

Asesor:

Dr. Portilla Miranda, Serey Doris

Arequipa – Perú

2023

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PERIODONCIA E IMPLANTOLOGIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 25 de Marzo del 2023

Dictamen: 007617-C-FAO-2023

Visto el borrador del expediente 007617, presentado por:

2019972282 - MANRIQUE CHALCO ZAYNIFER MARYORI

Titulado:

**COINCIDENCIA EN EL DIAGNOSTICO DE DEHISCENCIAS/DEFICIENCIAS DEL TEJIDO BLANDO
PERIIMPLANTARIO FACIAL DE LOS PARTICIPANTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA, AREQUIPA 2022.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29242362 - GALLEGOS VARGAS HERBERT MARIO
DICTAMINADOR**



**29567523 - ROJAS VALENZUELA CHRISTIAN VICENTE
DICTAMINADOR**



**29594866 - ANAYA MUÑOZ LUIS ALFREDO
DICTAMINADOR**



A Dios por permitirme interiorizar el salmo 23 que dice así: "Yahveh es mi pastor que nada me hace faltar siempre en lugares verdes me hace descansar; hacia aguas de reposo me conduce, conforta mi alma; me guía por senderos de justicia en gracia de su nombre. Aunque pase por un valle tenebroso, ningún mal temeré, porque tú vas conmigo; tu vara y tu cayado, me sosiegan. Tú preparas ante mí una mesa frente a mis adversarios; unges con óleo mi cabeza, rebosante está mi copa. Dicha y gracia me acompañarán todos los días de mi vida; mi morada será la casa de Yahveh a lo largo de los días".

Como no mencionar a los seres que me dieron la vida y día a día me regalan su amor incondicional mis padres Fernando, Melba mis cómplices en cada paso y mis queridos hermanos cómplices en cada día Walker, Emily a mis ángeles en el cielo mis abuelos Emilio, Natividad, Fernando y Adela.

A todas las personas que hicieron este trabajo posible a las personas que me presentaron este nuevo mundo Lorenzo Tavelli, Shayan Barootchi, Ebingen Villavicencio y Xavier Sacca por su apoyo incondicional también mis amigos docentes que a lo largo de mi vida académica me han apoyado incondicionalmente brindándome sabios consejos que han ido forjando mi camino, quedo eternamente agradecida a todos ustedes



EPÍGRAFE

*"Nunca desistas de un sueño. Solo trata
de ver las señales que te lleven a él".*

Paulo Coelho

RESUMEN

Las dehiscencias / deficiencias de tejido blando periimplantario facial es la contracción apical del margen mucoso y puede permitir la visualización de los componentes de los implantes a través de la mucosa o incluso tener una discrepancia de longitud de la corona en relación con su diente lateral homólogo basado en la posición del margen de tejido blando de la corona implanto soportada en relación con el margen gingival del diente homólogo.

Se clasifica en I, II, III, IV y esta agrupado en 3 subclases a, b, c dependiendo de la posición buco lingual de la fijación del implante, la altura de las papilas anatómicas respectivamente y provee recomendaciones para el tratamiento para cada caso todo esto para facilitar la heterogeneidad en el criterio diagnóstico y decisión de tratamiento para cada caso, esta clasificación ya fue probada y es fiable para sitios de implante único para los diferentes niveles de experiencia.

En el presente estudio se propuso determinar la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias /deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María, Arequipa 2022. Se encontró que la mayor coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la Clínica Odontológica de la universidad Católica Santa María fue en el caso 5 (II-B), caso 10 (I-B), caso 1 (IV- C) y el más difícil es el caso 13 (I-B). En este sentido, se ha encontrado una correspondencia significativa que relacione las variables diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) donde a mayor edad menos coincidencia, mientras que con el sexo y nivel educativo no hay relación significativa. Por otro periodoncia e implantología tienen mayor coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) por lo tanto si tiene relación significativa.

Palabras claves: Dehiscencias, deficiencias, tejido blando periimplantario facial, margen mucoso.

ABSTRACT

Facial peri-implant soft tissue deficiencies/deficiencies are apical contraction of the mucosal margin and may allow visualization of implant components through the mucosa or even a crown length discrepancy relative to its lateral tooth counterpart based on the position of the soft tissue margin of the implant-supported crown in relation to the gingival margin of the counterpart tooth.

It is classified in I, II, III, IV and is grouped into 3 subclasses a, b, c depending on the bucco-lingual position of the implant fixation, the height of the anatomical papillae respectively and provides recommendations for treatment for each case. all this to facilitate heterogeneity in the diagnostic criteria and treatment decision for each case. This classification has already been tested and is reliable for single implant sites for different levels of experience.

In the present study, it was proposed to determine the coincidence in the diagnosis of dehiscences / deficiencies of the facial peri-implant soft tissue (PSTD) in relation to the judgment of a gold standard examiner of the participants of the dental clinic of the Santa María Catholic University, Arequipa 2022. It was found that the greatest coincidence in the diagnosis of dehiscences / deficiencies of the facial peri-implant soft tissue (PSTD) in relation to the judgment of a gold standard examiner of the participants of the dental clinic of the Universidad Católica Santa María was in case 5 (II-B), case 10 (I-B), case 1 (IV-C) and the most difficult is case 13 (I-B). In this sense, a significant correspondence has been found that relates the diagnostic variables of dehiscences / deficiencies of the facial peri-implant soft tissue (PSTD), with the older the less coincidence. While with sex and educational level there is no significant relationship. On the other hand, periodontics and implantology have a greater coincidence in the diagnosis of dehiscences / deficiencies of the facial peri-implant soft tissue (PSTD) so the coincidence is significant.

Key words: Dehiscences, deficiencies, facial peri-implant soft tissue, mucosal margin.

INTRODUCCIÓN

Las dehiscencias / deficiencias de tejido blando periimplantario facial es la contracción apical del margen mucoso y puede permitir la visualización de los componentes de los implantes a través de la mucosa o incluso una discrepancia de longitud de la corona en relación con su diente lateral homólogo basado en la posición del margen de tejido blando de la corona implanto soportada en relación con el margen gingival del diente homólogo.

Existen diferentes parámetros que determinan el estado peri implantar como movilidad de implante, nivel radiográfico del hueso, profundidad al sondaje, índices gingivales de placa, sangrado al sondaje y el ancho de tejido queratinizado por lo son distintos parámetros utilizados en el momento del diagnóstico la pregunta es cuál es el más apropiado si existen distintas clasificaciones entonces Mancini L 2022 indica que su estandarización es un tema de consenso en el momento de investigar sobre todo en la recolección de datos por eso se han propuesto lineamientos para los clínicos y estudios epidemiológicos en términos del tipo de parámetro, método de evaluación o calibración, para usar parámetros estandarizados en el diagnóstico en todo el mundo y reducir la diversidad en todos los estudios y así facilitar la recolección y análisis de datos; esta urgencia en pro de mejorar la salud oral del mundo (4).

La publicación de Zucchelli 2019 en donde se discute la clasificación de las dehiscencias y/o deficiencias del tejido blando periimplantario propuesta en base a un implante unitario que no haya sido afectada con una enfermedad peri implantar, sugiriéndonos el tratamiento más apropiado con el fin de alcanzar el mejor resultado toma como punto de evaluación el nivel de unión interproximal, la altura de la papila, el nivel del margen gingival del implante en relación con el diente vecino contralateral y la posición buco lingual del implante (18).

Se diagnóstico 25 casos donde los participantes fueron 12 dentistas generales, 12 residentes de la universidad de Michigan, 10 periodoncistas certificados por la academia Estadounidense de Periodoncia. En general la evaluación mostro coincidencia con el patrón estándar oro en la puntuación de clase en 0.90 y subclase. 0.95, en los casos que hubo desacuerdo fueron los médicos generales,

así como también la tasa de acuerdo más alta fue obtenida por el especialista, seguidas por los residentes periodontales.

El sistema de clasificación propuesta por Zucchelli G. 2019 se presentó como confiable y reproducible en diferentes examinadores, y este serviría como una herramienta confiable para evaluar estas condiciones es por ello que se pretende establecer en nuestro entorno hispano la presente clasificación en especial en la clínica odontológica de la universidad católica santa maría.

Se clasifica en I, II, III, IV y esta agrupado en 3 subclases a,b,c dependiendo de la posición buco lingual de la fijación del implante, de la altura de las papilas anatómicas respectivamente y provee recomendaciones para el tratamiento para cada caso todo esto para facilitar la heterogeneidad en el criterio diagnóstico y decisión de tratamiento para cada caso, esta clasificación ya fue probada y es fiable para sitios de implante único para los diferentes niveles de experiencia.

En el presente estudio se propuso determinar la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias /deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María, Arequipa 2022.

La investigación tiene tres partes: El capítulo I, referente al Planteamiento Teórico, se incluye, el problema, los objetivos, el marco teórico y la hipótesis. En el capítulo II, concerniente al Planteamiento Operacional se considera la técnica, instrumentos y materiales, así como el campo de verificación, las estrategias de recolección y manejo de resultados. En el capítulo III, nos da a conocer los resultados obtenidos en el trabajo investigativo mediante el procesamiento y análisis estadístico de la información por medio de tablas, gráficas e interpretaciones, así como la discusión, conclusiones y recomendaciones. Finalmente se incluye las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

ÍNDICE

RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. Determinación del problema	2
1.2. Enunciado	3
1.3. Descripción del problema.....	3
1.4. Justificación	5
2. OBJETIVOS.....	7
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1.1. Encía	8
3.1.2. Implantes Dentales	8
3.1.3. Criterios de éxito para implantes dentales	8
3.1.4. Deficiencia u dehiciencia de tejido blando periimplantario.....	10
3.1.5. Causas de la deficiencia de tejido blando periimplantario.	11
a. Higiene oral.....	11
b. Condiciones médicas	12
c. Factores mecánicos relacionados a la cirugía	13
d. Condiciones relacionadas al sitio implantario.....	15
e. Factores relacionados a la prótesis.....	15
f. Ancho de la mucosa queratinizada periimplantar.....	15
g. Experiencia clínica	16
h. Preservación de la papila peri implantar	17
3.1.6. Salud periimplantar y consideraciones para el diagnostico	18
3.1.7. Clasificaciones del tejido blando periimplantario facial	19
a. PSTDs: Clasificación de la dehiciencia/ deficiencia del tejido blando periimplantario facial	20
b. Clasificación propuesta por Cairo	21
c. La puntuación estética de cobertura de la Raíz RES	21
d. Pink aesthetic aescore	23
3.2. Análisis de antecedentes investigativos.....	25
4. HIPÓTESIS.....	27

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	29
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	30
1.1. Técnica	30
1.2. Instrumentos	31
1.3. Materiales de verificación.....	32
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	33
2.1. Ubicación espacial	33
2.2. Ubicación temporal	33
2.3. Unidades de estudio	33
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	34
3.1. Organización.....	34
3.2. Recursos.....	34
3.3. Validación del Instrumento.....	35
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	35
4.1. Plan de procesamiento de los datos	35
4.2. Plan de análisis de datos	36
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	37
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	38
DISCUSIÓN.....	58
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	67
ANEXO N° 1 MODELO DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	68
ANEXO N° 2 MATRIZ DE DATOS	83
ANEXO N° 3 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	92
ANEXO N° 4 TABLA DE RESPUESTAS.....	94

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	Edad de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María.....	38
TABLA N° 2	Sexo de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María.....	40
TABLA N° 3	Nivel educativo de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María	42
TABLA N° 4	Especialidad de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María	44
TABLA N° 5	Coincidencia del diagnóstico de dehiscencias/ deficiencias de tejido blando periimplantario facial en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica de la universidad Católica Santa María.....	46
TABLA N° 6	Coincidencia del diagnóstico de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María	48
TABLA N° 7	Concordancia con el diagnóstico de los participantes de la clínica de la universidad Católica Santa María, según edad	50
TABLA N° 8	Concordancia con el diagnóstico de los participantes de la clínica de la universidad Católica Santa María, según género.....	52
TABLA N° 9	Concordancia con el diagnóstico de los participantes de la clínica de la universidad Católica Santa María, según el nivel educativo.....	54
TABLA N° 10	Concordancia con el diagnóstico de los participantes de la clínica de la universidad Católica Santa María, según la especialidad	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 1	Edad de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María.....	39
GRÁFICO Nº 2	Sexo de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María.....	41
GRÁFICO Nº 3	Nivel educativo de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María.....	43
GRÁFICO Nº 4	Especialidad de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María.....	45
GRÁFICO Nº 5	Coincidencia del diagnóstico de dehiscencias/ deficiencias de tejido blando periimplantario facial en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica de la universidad Católica Santa María	47
GRÁFICO Nº 6	Coincidencia del diagnóstico de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María	49
GRÁFICO Nº 7	Concordancia con el diagnóstico de los participantes de la clínica de la universidad Católica Santa María, según edad....	51
GRÁFICO Nº 8	Concordancia con el diagnóstico de los participantes de la clínica de la universidad Católica Santa María, según género	53
GRÁFICO Nº 9	Concordancia con el diagnóstico de los participantes de la clínica de la universidad Católica Santa María, según el nivel educativo	55
GRÁFICO Nº 10	Concordancia con el diagnóstico de los participantes de la clínica de la universidad Católica Santa María, según la especialidad.....	57



CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

Evaluar la coincidencia con colegas de otras especialidades de algunos casos de dehiscencias y/o deficiencias del tejido blando periimplantario es crítico, más aún he visto casos en los que existiendo una dehiscencia de tejido blando parecen no notarlo y no son derivados y es porque el diagnóstico es un proceso dinámico en el que se intenta tomar decisiones idóneas en presencia de incertidumbre.

La heterogeneidad en el criterio diagnóstico y la recolección de datos ha generado consensos que han propuesto lineamientos para los clínicos y estudios epidemiológicos pero la evaluación no se abordó profundamente en términos del tipo de parámetro, método de evaluación o calibración, estos temimos necesitan ser unificados y clarificados para usar parámetros estandarizados en el diagnóstico en todo el mundo para reducir la heterogeneidad en todos los estudios y facilitar la recolección y análisis de datos; esta urgencia mejorar la salud oral del mundo (4). Hay una publicación en donde se discute la clasificación de las dehiscencias y/o deficiencias del tejido blando periimplantario propuesta en base a un implante unitario en la zona estética que no haya sido afectada con una enfermedad peri implantar, sugiriéndonos el tratamiento más apropiado con el fin de alcanzar el mejor resultado estético. Dicha clasificación toma como punto de evaluación el nivel de unión interproximal, la altura de la papila, el nivel del margen gingival del implante en relación con el diente vecino contralateral y la posición buco lingual del implante (18).

Entonces es necesario determinar si la clasificación testeada en otros países ha sido nominada como una clasificación viable y de resultados replicables; sería apropiada a nuestro medio, de modo que pueda ser aplicada por todos los profesionales que tienen oportunidad de ver a un

paciente y tengan la oportunidad de poder usar la clasificación e identificar el tipo de deficiencia de tejido blando y hablarle a el paciente que existen algunas opciones de tratamiento que se le podrían brindar para la optimización y/o cobertura de la deficiencia y referirlo a él profesional competente.

El tema ha sido determinado mediante una acuciosa revisión de antecedentes investigativos, la lectura de tópicos vinculados al tema, así como la consulta a especialistas y expertos.

1.2. Enunciado

Coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias/deficiencias del tejido blando periimplantario facial de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María, Arequipa 2022.

1.3. Descripción del problema

a) Área del Conocimiento

a.1 Área General : Ciencias de la Salud

a.2 Área Específica : Odontología

a.3 Especialidad : Periodoncia e implantes

a.4 Línea o Tópico : Biotipo periimplantar

b) Operacionalización de las Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
VARIABLE 1 Clasificación de PSTD	Valora la contracción apical del margen mucoso o incluso una discrepancia de longitud de la corona en relación con su diente lateral homólogo.	1. Diente Adyacente 2. Papila 3. Posición del implante VP. 4. Perfil de TB de diente adyacente	Clase I	I-a
				I-b
			Clase II	II-a
				II-b
				II-c
			Clase III	III-a
				III-b
				III-c
			Clase IV	IV-a
				IV-b
				IV-c
			VARIABLE 2 Nivel de habilidad del evaluador	Se valora a través de la coincidencia o no coincidencia al momento de que las personas llevan a cabo la valoración de cada uno de los casos de dehiscencia.
Alumno de especialidad	Periodoncia e Implantología			
	Rehabilitación Orla			
	Ortodoncia			
	Odontopediatría			
Docentes	General			
	Especialista			

c) Interrogantes básicas

- ¿Cuál será la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María, Arequipa 2022?
- ¿Existe relación entre la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) y la edad en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María, Arequipa 2022?
- ¿Existe relación entre la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) y el sexo en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María, Arequipa 2022?

- ¿Existe relación entre la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) y el nivel educativo en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María, Arequipa 2022?
- ¿Existe relación entre la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) y la especialidad en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María, Arequipa 2022?

d) Taxonomía de la investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el n° de mediciones de la variable	Por el n° de muestras o poblaciones	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Observacional	Transversal	Ordinal	Población	De campo	Descriptivo	Descriptivo

1.4. Justificación

Durante las últimas décadas, el uso de implantes dentales como medio de sustitución de dientes perdidos ha ganado popularidad, considerándose una de las opciones terapéuticas más empleadas por los clínicos con diferentes grados de formación y experiencia: periodoncistas, implantólogos, cirujanos maxilofaciales y dentistas generales. Consecuentemente, del mismo modo que la demanda por colocar implantes dentales ha aumentado y el número de pacientes con complicaciones post tratamiento ha aumentado también notablemente de la mano en los últimos años. De tal manera que hoy en día, resulta de

especial interés conocer la prevalencia de estas patologías, así como, los factores que estarían implicados en su desarrollo a fin de proporcionar a nuestros pacientes la información necesaria antes del tratamiento. Teniendo en cuenta que el éxito a largo plazo del tratamiento con implantes dentales va a depender en gran medida del conocimiento y control de estos factores asociados.

Según múltiples investigaciones los implantes dentales tienen patologías periimplantarias en un 67.3% citar, más aún las deficiencias de tejido blando alrededor de implantes son mucho más frecuentes aproximadamente 7 de 10 implantes que presentan deficiencias de tejido blando alrededor de implantes por lo cual poder clasificarlas es de suma importancia.

El presente estudio intenta hacer partícipe de las nuevas clasificaciones de tejido blando periimplantario que fueron propuestas el año pasado y usarlas para optimizar el diagnóstico y tener una predecible en los tratamientos y así como que tanto los alumnos de pregrado puedan referir y/o diagnosticar las deficiencias.

En el ámbito internacional está siendo muy valorada a diferencia del nuestro, pero intentemos ponerlo en práctica en nuestro medio, siendo una clasificación actual que aún no está muy difundida se podría aplicar en el día a día y poder mejorar el estado de salud peri implantar de nuestros pacientes.

Es de mi interés personal ya que deseo obtener el título profesional de especialista en periodoncia e implantología, por lo que el presente estudio es viable ya que cuento con los recursos humanos necesarios para tomar los datos, el presupuesto necesario para el mismo, los recursos institucionales necesarios, la viabilidad ética, así como los recursos tecnológicos todo esto en 1 año de elaboración del estudio.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Determinar la relación entre la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) y la edad en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María, Arequipa 2022.
- 2.2. Determinar la relación entre la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) y el sexo en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María, Arequipa 2022.
- 2.3. Determinar la relación entre la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) y el nivel educativo en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María, Arequipa 2022.
- 2.4. Determinar la relación entre la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) y la especialidad en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María, Arequipa 2022.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Marco conceptual

3.1.1. Encía

La mucosa Oral o el epitelio de la boca, se divide en 3 tipos, mucosa masticatoria, la encía y el paladar, labios, mejillas, vestíbulo, piso de boca, base de la lengua, paladar blando. La encía consiste en el tejido conectivo gingival y el epitelio. La superficie de la encía es queratinizada excepto en la región interdental la encía se extiende desde el margen gingival y la unión mucogingival.

Ten Cate, 1994 menciona que el tejido queratinizado en su definición histológica es tejido conectivo rico en fibras colágenas y epitelio cubierto por una capa de queratina. Esta queratina da una resistencia mecánica, ayuda a la adaptación a la superficie del pilar actuando como una barrera para la invasión hacia el hueso. es mencionado por Romanos et al. 1995, Souza et al 2016 (1).

3.1.2. Implantes Dentales

Son dispositivos médicos que serán insertados en la cresta ósea y dependerán de la selección de los pacientes con respecto a su riesgo sistémico y local; así como la selección apropiada del implante forma, diámetro, largo y adecuado procedimiento quirúrgico con respecto a la colocación de implante, técnica de sutura y periodo requerido para la cicatrización en situaciones clínicas diferentes (2).

3.1.3. Criterios de éxito para implantes dentales

Criterios de éxito para implantes dentales Schnitman y Shulman (1979), Albrektsson et al. 50 (1986), Misch et al. 51 (2008), a Papaspyridakos et al. 52 (2012). se refiere a la apariencia del implante al tiempo del examen, no implica infecciones, radio lucidez o movilidad, a pesar de que el termino supervivencia se refiere a que el implante se encuentra en el lugar a pesar de la salud o condición

de los tejidos o de la rehabilitación de la prótesis. Pero ocurren complicaciones mecánicas y biológicas. Estas incluyen todos los efectos adversos asociados a fracturas de implantes, pérdida de tornillo, resquebrajamiento, inflamación, Howe et al, 2019 menciona que la evaluación de las tasas de supervivencia y éxito de los implantes se ha encontrado resultados a más de 10 años. Chappuis, 2013 menciona que el desarrollo de los implantes, materiales y tecnología protésica no permiten hablar de un seguimiento a 20 años sin embargo los implantes con tratamiento ácido y arenado (SLA) se han utilizado durante los últimos 25 años. También se debe tomar en consideración que antecedentes como la periodontitis aumenta a el riesgo 2 veces mayor la pérdida del implante se menciona por cara et al 2021. Los resultados de la investigación indica que los pacientes con diagnóstico de periodontitis inicial que no cumplen con un programa de manutención periodontal individualizado tienden a desarrollar más complicaciones biológicas y no deben ser tratados bajo el supuesto de que los implantes funcionan mejor que los dientes naturales (3).

Otro punto es los pacientes fumadores

Mucositis es una condición inflamatoria de los tejidos que rodean al implante con enrojecimiento, supuración, sangrado, con ausencia de pérdida ósea marginal mientras que la periimplantitis es una condición inflamatoria seguida por la pérdida de soporte óseo alrededor de los implantes (4).

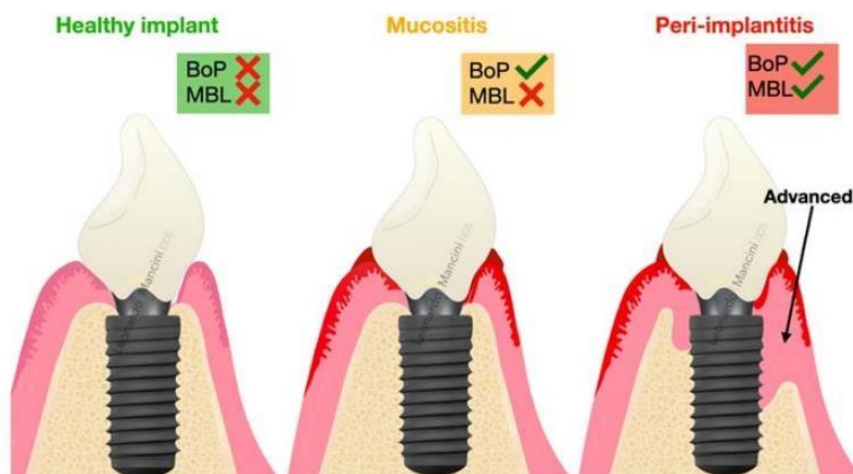


Ilustración 1. Ilustración de la salud implantar, mucositis y periimplantitis (4)

3.1.4. Deficiencia u dehiciencia de tejido blando periimplantario

Es la pérdida de sellado y estabilidad en el hueso marginal que deja una brecha para la penetración de microorganismos y afecta los resultados estéticos (5). El histórico estudio de Gargiulo plantea el promedio valor para el ancho biológico como 2,04 mm desde la base del surco hasta la cresta ósea; en el que se fijó la unión del tejido conjuntivo, dijo que era de 1,07 y la unión epitelial era de 0,97 mm en un promedio. El ancho biológico exhibe tanto interindividual como variación intraindividual (variación de diente a diente en el mismo individuo) y también está influenciada por el biotipo de la encía biotipo y concepto del implante. El ancho biológico alrededor un implante es de aproximadamente 3 mm con epitelio de unión que consta de 1,88 mm y formación de tejido conectivo 1,05 mm; varía de la que rodea a un diente natural en dimensión, así como el hecho de que el epitelio de unión es más largo en comparación con el que se encuentra alrededor de un diente (6).

No solo la dimensión, sino también la ubicación del ancho biológico es otro punto importante sobre la reabsorción ósea alrededor de los implantes han revelado que la reabsorción ocurre solo después de la exposición del implante a la cavidad oral. La remodelación de

hueso continúa hasta que se establece el ancho biológico. Hay tres situaciones a las que se puede enfrentar un clínico, en la que los dos dientes naturales adyacentes: el ancho biológico es formado en una ubicación supracrestal. La cresta ósea en un promedio es de 1 mm de distancia del cemento esmalte; la otra situación donde el implante se encuentra adyacente a un diente natural: en este escenario, en el lado del diente se conserva la papila interdental debido al mantenimiento de los niveles del hueso en su estado inicial nivel ya que no está perturbado; finalmente el ancho biológico es formado supra crestalmente contrario al sitio del implante donde el hundimiento sub crestal del implante provoca la formación de un ancho biológico apical al implante-pilar unión.

En la situación de dos implantes adyacentes es más difícil de manejar porque la unión plana entre el implante y el pilar conduce a un contorno óseo interproximal que es plano en comparación con el contorno de los dientes naturales. Esto puede ser considerado de una sola pared, lo que hace que los procedimientos de aumento óseo sean arduos. En segundo lugar, cuando se colocan implantes separados adyacentes a menos de 3 mm de separación, el ancho biológico formado alrededor implantes es subcrestal y conduce a defectos angulares con un componente de pérdida ósea vertical de aproximadamente 1,5 mm cada uno. Cuando esto ocurre, el interproximal generalmente se ve que el hueso se reabsorbe a la altura de la unión entre pilares, lo que resulta en la eliminación de papila inter implantaría (6).

3.1.5. Causas de la deficiencia de tejido blando periimplantario.

a. Higiene oral

La acumulación de placa aumenta el riesgo de la contaminación bacteriana que existe en la conexión del implante con el pilar causando una corriente de fuga entre el micro gap que reduce la

fricción mecánica de las superficies lo que afectaría la condición del tejido blando y duro peri implantar (5).

b. Condiciones médicas

Las condiciones médicas más desfavorables para la colocación de implantes son pacientes con artritis, diabetes o enfermedades que afectan en el post operatorio, así como aquellas enfermedades que pueden afectar en el intraoperatorio y estas generar una situación de estrés intra quirúrgico que puede afectar la posición 3d del implante dental afectando el pronóstico de este.

El international team for implantologist (ITI) en una conferencia de consenso, propuso unos fundamentos para la selección del paciente donde las contraindicaciones se dividen en locales y sistémicas y a su vez en un grupo 1 donde existe mucho riesgo en pacientes con artritis reumatoidea, osteomalacia, osteogénesis imperfecta, pacientes inmunocomprometidos, VIH, pacientes que consumen medicación inmunosupresora, alcohólicos, pacientes no colaboradores con trastornos psicológicos u desórdenes mentales. En el grupo 2 los que presentan un riesgo significativo, pacientes irradiados, diabetes severa tipo 1, desordenes de sangrado anticoagulados, aquellos que fuman más de 12 cigarros al día. Además, infecciones severas, bronquitis severa, enfisema, anemia, diabetes e hipertensión no controlada, función anormal del hígado, nefritis, enfermedad psiquiátrica severa, alto riesgo de hemorragia, endocarditis o infarto al miocardio (7).

Enfermedades sistémicas y medicamentos que influyen en la cicatrización y en la respuesta de tejidos, pero aun en la actualidad no existe evidencia suficiente que soporte contraindicaciones absolutas o relativas para la colocación de implantes, pero con considerados como factores de riesgo (7). En pacientes con problemas de cigarro se contraindica porque causa hipoxia por la nicotina esa vasoconstricción causa que el oxígeno

que es necesario para la migración celular síntesis de colágeno y acción de bactericida de los neutrófilos se suprime; por otro lado, el monóxido de carbono hace que la hemoglobina este antes lo que reduce la perfusión sanguínea; causando hipoxia celular (8).

c. Factores mecánicos relacionados a la cirugía

La posición 3d del implante juega un rol importante en los factores mecánicos, considerando la posición buco palatal con un mínimo de 2 mm en el nivel del cíngulo, Los cambios dimensionales de los dientes es una consecuencia que no se puede evitar, donde la posición del implante y el grosor de la mucosa están íntimamente relacionados (9).

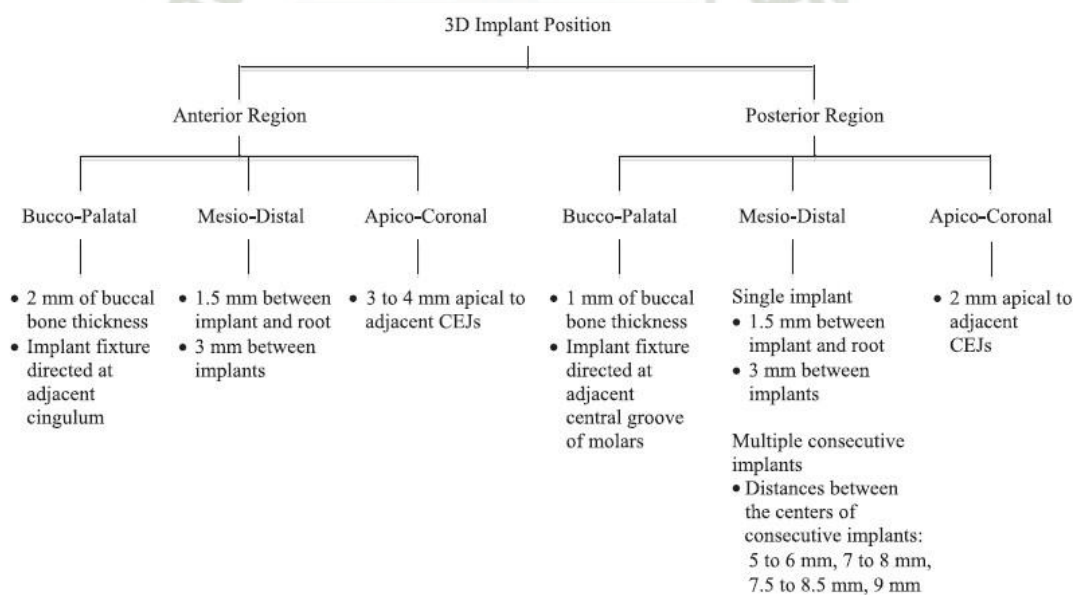


Ilustración 2. Ilustración de guía de colocación de implantes en la región anterior y posterior (9)

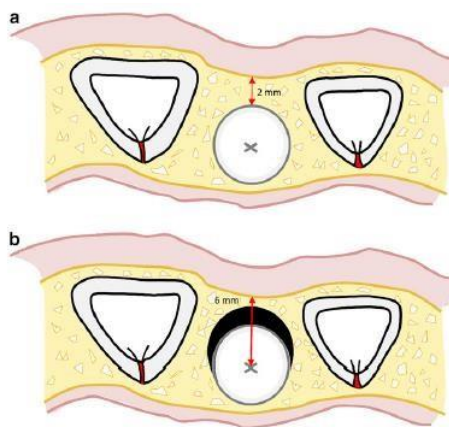


Ilustración 3. Ilustración de la posición buco palatal en un sitio cicatrizado y post exodoncia. (9)

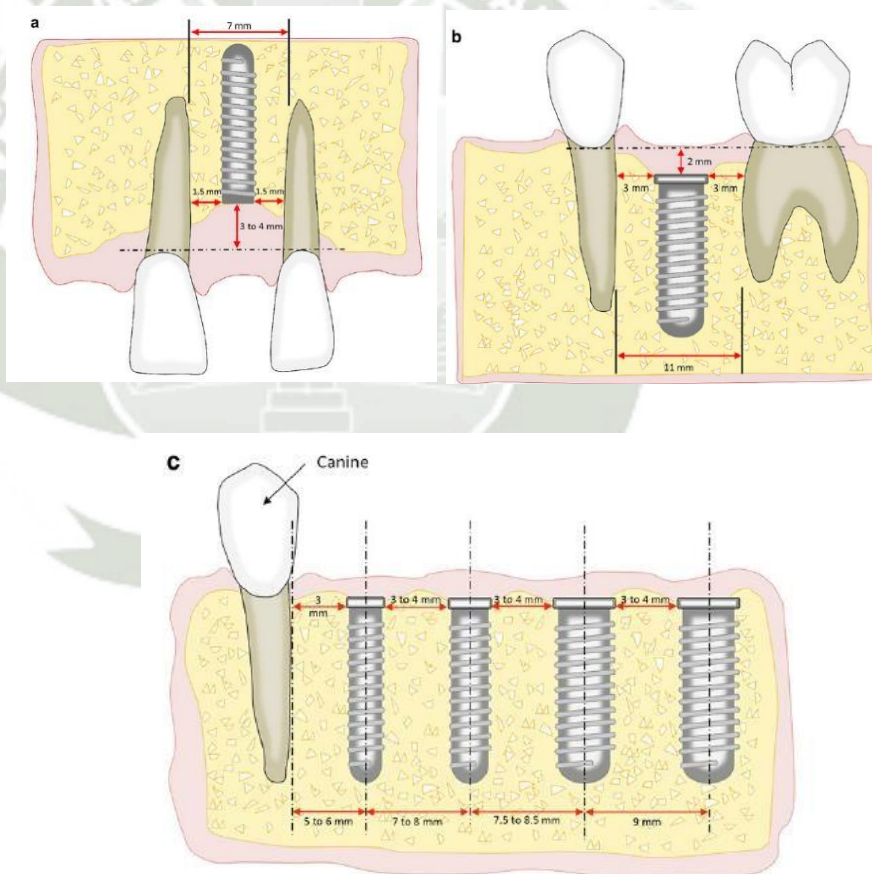


Ilustración 4 a. Posición M-D y posición apical y coronal b. M-D y posición apico coronal en zona posterior c. M-D con implantes consecutivos. (9)

d. Condiciones relacionadas al sitio implantario.

Después de 12 semanas de cicatrización, se observa que la parte coronal se regenera, pero *bundle bone* y se reduce a 1.5 mm, el nuevo hueso se forma en la superficie del implante el sustituto es osteoconductor pero este injerto no previene la reabsorción del *bundle bone* en la región marginal facial (9).

e. Factores relacionados a la prótesis

Se menciona que existen algunos factores propios de la restauración como un factor de riesgo de periimplantitis o pérdida ósea (10). El estrés generado por la masticación parece ser el origen de la distribución de las fuerzas a los implantes independiente del material de la corona en base a esto la corona entra a tomar una importancia porque es el punto de colisión. En general de 528 Mpa en las distintas partes del implante en especial en la parte interna y externa de la corona, luego la zona de mayor impacto en el pilar y la superficie de contacto hueso implante lo que provocaría la deficiencia de tejidos si esta no está en forma apropiada. La emergencia del perfil está en relación con el complejo supracrestal, más aún dependiendo del ángulo de emergencia (11).

f. Ancho de la mucosa queratinizada periimplantar

El impacto de la mucosa queratinizada en la salud peri-implantar estaba en debate en 2014 según Brito et al, Gobbato et al 2013, Lin et al 2013, Wennstrom & Derks 2012, Wu et al 2015 pero en una revisión sistemática se evaluó el rol de la mucosa queratinizada en la manutención de la salud del tejido periimplantar, sería crucial lo cual es mencionado en el consenso del 2017 propuesto por Bergludh et al 2018; Cortellini & Bissada, 2018 de la clasificación periodontal y enfermedad periimplantar y condiciones (1). Donde la presencia de mucosa queratinizada estaría asociada con la salud periimplantar, ayuda a la protección

de microorganismos y placa subgingival como un factor para el éxito a largo plazo (12).

La mucosa queratinizada, incluye el margen gingival y la unión mucho gingival, el ancho de más de 2 mm de la mucosa masticatoria, más de 1 mm de encía adherida es adecuada para la salud. La mayor acumulación de placa y inflamación gingival este asociado a la ausencia de mucosa queratinizada, estando más vulnerable a la recesión alveolar y pérdida ósea alveolar, esto determinaría el estado periodontal este ha sido reportado en citado en (12).

En el artículo de Catalina se observaron 375 implantes en la región posterior y 176 en la región anterior, 373 en la región posterior, clasificándolos en los que presentan y los que no presentan tejido queratinizado, finalmente concluyo que los que no presentan mucosa queratinizada muestran más acumulación de placa, así como más sangrado al sondaje, mayor facilidad de recesión (12).

Adibrad et al 2009, Bouri et al 2008, Boynuegri et l 2013, Chung et al 2006, Crespi et al 2010, 2019, Esfahanizadeh et al, 2016, Grischke et al 2019, Kabir et al, 2021 y múltiples estudios mencionan que menos 2 mm de mucosa queratinizada (KM) incrementa la acumulación de placa, inflamación, relacionado también con mucosistis también lo mencionan en el metaanálisis y revisión sistemática de Gobatto et al 2013, Lin et al 2013 (1).

g. Experiencia clínica

La recesión de tejido blando se ha observado en clínicos inexpertos, después de 3 años de la colocación del implante alrededor de 1 mm que causa cambios en la valoración de la estética rosa (PES) esto se menciona en el estudio de Pozzi (5).

h. Preservación de la papila peri implantar

La mucosa peri implantar en mayores proporciones de colágeno y menos proporciones de fibroblastos se considera como una cicatriz porque la ausencia de cemento conduce a una orientación vertical de las fibras de colágeno, que corren a lo largo de la longitud de la superficie del implante, está en comparación con la encía esta no es bien vascularizada (6). La altura de hueso es el soporte de la encía interdental, morfología es la base del soporte del tejido gingival.

El espacio interdental entre los puntos de contacto de los dientes y una tronera interdental que está ocupada por la papila interdental es una región donde las enfermedades periodontales y es probable que se inicie la caries. El punto de contacto mantiene estabilidad de la dentición y evita la impactación de los alimentos en la tronera interdental. Estudio histórico de Tarnow et al sobre los efectos de la distancia entre el hueso crestal y el punto de contacto en la papila dental encontró que cuando menor o igual a 5 mm de distancia entre el hueso crestal para contactar casi siempre mostró la presencia de la papila. Según Cho et al, las disminuciones en el relleno papilar están inversamente relacionadas con los cambios en distancia interproximal entre raíces con un aumento en distancia entre la cresta del hueso y el punto de contacto.

Los implantes de un solo diente generalmente se colocan cerca de los dientes naturales y, por lo tanto, es difícil separar la encía, la mucosa periimplantaria y su efecto combinado en la papila periimplantaria. Choquet et al realizaron un examen radiográfico y clínico retrospectivo de los niveles papilares adyacentes a implantes individuales y reportados resultados similares a los observados por Tarnow et al; encontró que la regeneración de las papilas gingivales era posible cuando la distancia entre el punto de contacto era menor (5).

3.1.6. Salud peri implantar y consideraciones para el diagnostico

En el último workshop han revelado que podría no detectar un signo temprano de peri implantitis cuando se evalúa (BOP) el sangrado a al sondaje y no tiene parámetros clínicos claros para precisar la puntuación en sus diferentes formas de evaluación (4). En una revisión sistemática demuestra la heterogeneidad en la colección de los resultados en cuanto (BOP) al no haber una calibración del examinador o la sonda o de la coincidencia del sangrado y la supuración. En el último consenso se trató de dar las líneas para los clínicos, pero no se especificó sobre estos datos. Es por ello por lo que se necesita estandarizar parámetros u métodos para la calibración para facilitar la colección y análisis de datos entre los estudios (4).

El diagnóstico es dado por un examen clínico, RX e información de apoyo del índice de placa modificado: (Mpi) Mombelli et al 1987, calificado de 0-3 de acuerdo con la visibilidad y la severidad de placa acumulada. Sangrado al sondaje (BOP): Medido por la presencia o la ausencia de los signos visuales de inflamación y sangrado después de 15 segundos de un sondaje controlado. Profundidad al sondaje (PD): Se mide en milímetros desde el margen de la mucosa hacia el fondo del sulco o bolsillo. La profundidad es considerada para la definición del caso. Nivel de inserción Clínica (CAL): Medido en milímetros desde la unión del pilar hacia la parte más profunda del surco o bolsillo. Supuración (Sup): Medido con la presencia o ausencia de signos visuales de la supuración después de sondear.

Ancho de mucosa Queratinizada: medida en milímetros medido del margen gingival a la unión mucogingival y diferencias en la mucosa alveolar considera cambios de color, textura, movilidad para identificar la unión mucogingival. Pérdida Ósea radiográfica está ligado también a la pérdida de encía queratinizada en la zona (5).

3.1.7. Clasificaciones del tejido blando periimplantario facial

Las complicaciones estéticas han incluido terminología como descoloración periimplantaria, contracción apical del margen mucoso y la exposición de los componentes se han usado términos como recesión mucosa, deficiencia de tejido blando, recesión media facial, recesión de tejido blando marginal, defecto de tejido blando y su incidencia ha sido reportada con diferentes diagnósticos y abordada de diferente manera con distintos resultados.

Desde 1968 Sullivan y Atkins los clasificaron en pequeño, ancho, superficial profundo, Milinek 1973 identifico $< 3 \text{ mm}$ u $> 3 \text{ mm}$; Miller en 1985 propone en base a la UMG, y el hueso alveolar, donde la clase I no sobrepasa la UMG, CLASE II incluye la perdida ósea interproximal, IV muestra serios perdida de hueso interproximal o malposición dentaria.

En 1997 Smith, lo ve desde un punto vertical y horizontal con un valor de 0-5 dependiendo de la severidad de exposición del LAC, y la vertical de 0-9.

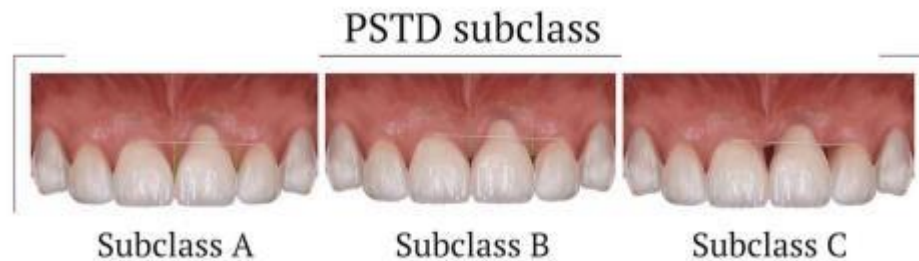
La clasificación de Miller fue muy popular y usada pero la dificultad del diagnóstico diferencial entre la clase I y II y la perdida de tejido blando y duro en el área interdental para diferenciar la clase III y IV está influenciada por la malposición dentaria. Mahajan en el 2010 para mejorar la simplicidad del diagnóstico y su estandarización del caso clínico no existe un consenso del uso específico de un sistema. Las variables clínicas que envuelven la recesión gingival deberían ser evaluadas basados en el pronóstico de la cobertura radicular. Por eso Clauser en el 2003 menciona que el pronóstico debe estar basado en factores como la cantidad de recesión Saletta en la dimensión de la papila, muller en el tipo de dientes (5).

a. PSTDs: Clasificación de la dehiciencia/ deficiencia del tejido blando periimplantario facial

PSTDs es una dehiciencia/ deficiencia del tejido blando periimplantario facial que se manifiesta con un desplazamiento apical de la mucosa facial o del margen de la mucosa periimplantaria y puede permitir la visualización de los componentes de los implantes a través de la mucosa o incluso una discrepancia de longitud de la corona en relación con su diente lateral homólogo basado en la posición del margen de tejido blando de la corona implanto soportada en relación con el margen gingival del diente homólogo.

Se clasifica en I, II, III, IV y esta agrupado en 3 subclases a, b, c dependiendo de la posición buco lingual de la fijación del implante, de la altura de las papilas anatómicas respectivamente.





Barootchi menciona que en la presente clasificación tiene un ICC de ≥ 0.9 para ambas evaluaciones (13)

b. Clasificación propuesta por Cairo

Cairo en el 2018 basada en los niveles de inserción interproximal esta valoro una concordancia de 0.86% entre operadores al evaluar 25 pacientes con recesiones gingivales.

RT1. Recesión gingival sin pérdida de unión interproximal. UCA no se detecta clínicamente de mesial y distal de los dientes.

RT2. Recesión gingival asociada con la perdida de unión interproximal, que fue menor o igual de la perdida de inserción bucal,

RT3: La recesión gingival asociada con la perdida interproximal medido de interproximal donde la profundidad de la bolsa es mayor en bucal. Mesial y distal (14).

c. La puntuación estética de cobertura de la Raíz RES

Se utiliza para la evaluación estética profesional del tratamiento de las encías con defectos de recesión, en el estudio de Isaia evaluaron el acuerdo entre evaluadores de diferentes niveles y encontraron ICC entre la evaluación dental de diferentes grupos entre médicos generales, residentes periodoncia y periodoncistas la evaluación de Inter confiabilidad y comparar calificaciones entre diferentes clases de examinadores y la construcción de intervalos de incertidumbre para el ICC, que

presumiblemente sea la respuesta verdadera, es razonable suponer requiere un cierto nivel de formación en periodoncia e implantología, para tener una evaluación más cercana en el estudio de coincidencia.

Isaia mostró que se tiene un score de moderado para los tratamientos mucogingivales en un centro de educación odontológica en operadores de diferentes niveles de experiencia (15).

RES fue descrito originalmente por Cairo donde: La puntuación máxima es de 10

Margen gingival GM

- Puntuación 0: Fracaso de la cobertura igual a la recesión
- Puntuación 3: Cobertura radicular parcial
- Puntuación 6: Cobertura completa sin detectar UCA

Contorno del tejido marginal MTC

- Puntuación 0: Margen gingival irregular no sigue el UCA
- Puntuación 1: Adecuado contorno marginal sigue el UCA

Textura del tejido blando STT:

- Puntuación 0: Presencia de la formación de una cicatriz o una apariencia de queloide.
- Puntuación 1: Ausencia de cicatriz o formación de queloide.

Unión mucho gingival MGJ:

- Puntuación 0: UMG no alineada con la UMG del diente adyacente.
- Puntuación 1: UMG alineada con la UMG del diente adyacente.

Color Gingival:

- Puntuación 0: El color del tejido difiere con el diente adyacente
- Puntuación 1: El color del tejido e integración normales con los tejidos (15).

d. Pink and white aesthetic score

Parámetros que determinan el estado peri implantar, y evalúa los parámetros de la encía con valores de 0-2 con un máximo total de 10 y se evalúa papila mesial y distal, curvatura de la mucosa facial, el nivel facial de la mucosa, la convexidad de la raíz el color del tejido y la textura.

La estética blanca es evaluada con parámetros dentales como forma de diente, volumen de diente, color, textura de la superficie, traslucidez, con un total máximo de 10 puntos (17).

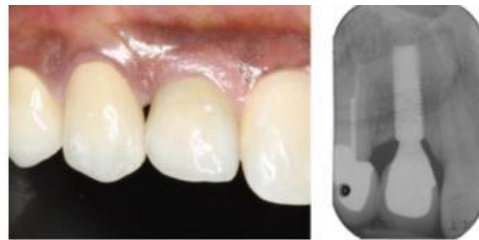
Parameter	Absent	Incomplete	Complete
Mesial papilla	0	1	2
Distal papilla	0	1	2
	Major Discrepancy	Minor Discrepancy	No Discrepancy
Curvature of facial mucosa	0	1	2
Level of facial mucosa	0	1	2
Root convexity/soft tissue color and texture	0	1	2
Maximum total PES score			10

Cuadro 1. Pink Esthetic Score (PES)

Table 2. White Esthetic Score (WES)

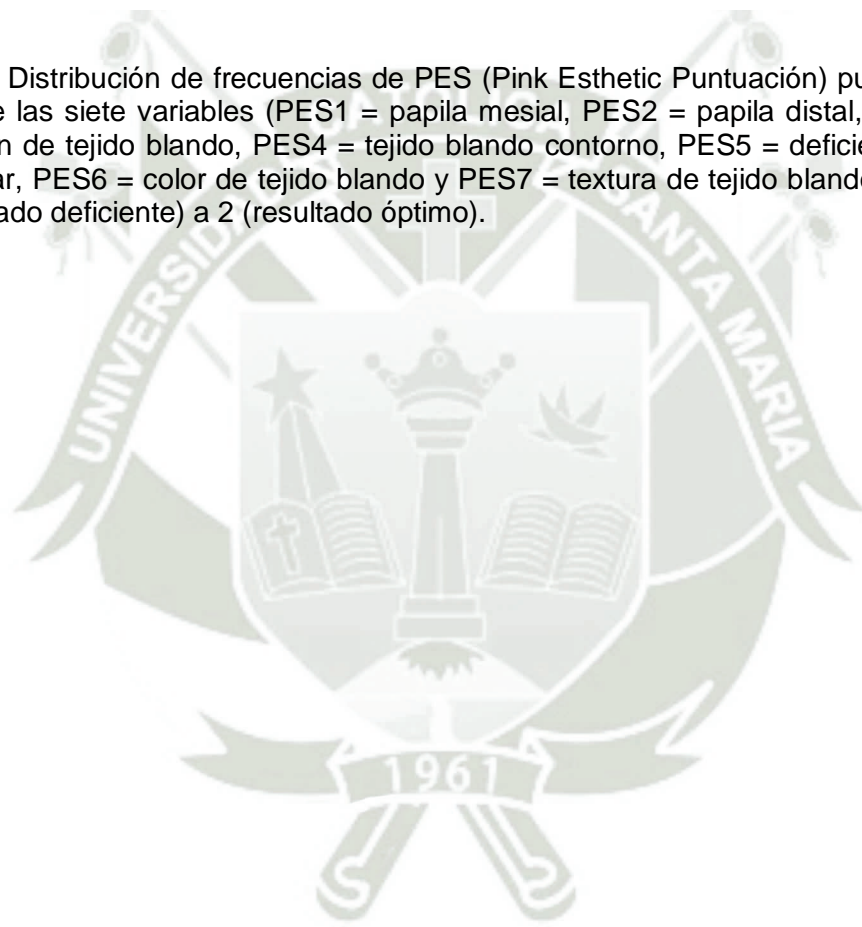
Parameter	Major Discrepancy	Minor Discrepancy	No Discrepancy
Tooth form	0	1	2
Tooth volume/outline	0	1	2
Color (hue/value)	0	1	2
Surface texture	0	1	2
Translucency	0	1	2
Maximum total WES score			10

Cuadro 2. Pink Esthetic Score (WES)



PES	Mesial Papilla	Distal Papilla	Curvature of Facial Mucosa	Level of Facial Mucosa	Root Convexity, Soft Tissue Color, and Texture	Total PES (Max 10)
Score	2	1	1	2	2	8
WES	Tooth Form	Tooth Volume/Outline	Color (Hue/Value)	Surface Texture	Translucency and Characterization	Total WES (Max 10)
Score	2	2	2	2	2	10

Fig. 1. Distribución de frecuencias de PES (Pink Esthetic Puntuación) puntuaciones: cada una de las siete variables (PES1 = papila mesial, PES2 = papila distal, PES3 = nivel de margen de tejido blando, PES4 = tejido blando contorno, PES5 = deficiencia del proceso alveolar, PES6 = color de tejido blando y PES7 = textura de tejido blando) se calificó de 0 (resultado deficiente) a 2 (resultado óptimo).



3.2. Análisis de antecedentes investigativos.

3.2.1. Antecedentes internacionales

- a. **Título:** Clasificación de las dehiscencias/deficiencias de los tejidos blandos periimplantarios faciales en sitios de implantes únicos en la zona estética, 2019

Autores: Zucchelli Juan, Tavelli Lorenzo, Stefanini Martina, Barootchi, Mazzotti Claudio, Gori Guido, Wang Hom Lay

Resumen: Deficiencias/Dehiscencias de tejido blando facial (PSTD) alrededor de sitios periimplantario no es un hallazgo raro Bengazi et al. informaron una incidencia del 57% de PSTD de 1 mm (en los sitios faciales o linguales) durante los primeros 6 meses Small y Tarnow, indican la aparición de PSTD en 1 año, concluyeron que se puede esperar 1 mm de PSTD dentro de los 3 meses posteriores a la conexión implante-pilar. Según una revisión sistemática de Chen y Buser, indican que los implantes colocados inmediatamente se asocian con un mayor riesgo de (PSTD) facial (del 9 % al 41 %). Dada la variedad de factores que pueden causar un PSTD, es fundamental realizar una evaluación preoperatoria minuciosa del caso. Sin embargo, a las pautas actuales para definir los (PSTD) son escasas en la literatura. Una clasificación pronóstica que incluía enfermedades sistémicas y los factores locales, así como la relación implante/huésped, fue propuesto por Decker et al Sin embargo, no se proporcionaron recomendaciones clínicas con respecto al tratamiento de los PSTD. La clasificación propuesta describe cuatro clases y tres subcategorías de dehiscencia/deficiencias de tejidos blandos en sitios de implantes únicos en función de la posición buco lingual de la corona implantosoportada (y la cabeza del implante), así como las dimensiones del tejido blando interproximal y proporciona recomendaciones para seleccionar el protocolo de tratamiento más adecuado (18).

b. Título: Evaluación de la confiabilidad de la clasificación de las dehiscencias/deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD): un estudio multicéntrico de acuerdo entre evaluadores de profesionales de diferentes niveles de habilidad, 2022

Autores: Shayan Barootchi, Leonardo Mancini, Teresa Heck, Giovanni Zucchelli, Martina Stefanini, Emilia Kazarian, Giulio Rasperini, Hom-Lay Wang

Resumen: El presente estudio tuvo como finalidad evaluar la confiabilidad entre evaluadores, en el uso de la Clasificación PSTD, en una serie de operadores con diferentes niveles de habilidad y experiencia. La clasificación en los tipos (clases y subclases) de PSTD se explica en detalle en el informe original (13).

En este presente estudio se evaluó el patrón de desacuerdos con el patrón oro, fueron 12 dentistas generales, 12 residentes de la universidad de Michigan, 10 periodoncistas certificados por la academia Estadounidense de Periodoncia. En general la evaluación mostro coincidencia en la puntuación de clase en 0.90 y subclase. 0.95, en los casos que hubo desacuerdo fueron los médicos generales, así como también la tasa de acuerdo más alta fue obtenida por el especialista, seguidas por los residentes periodontales. El sistema de clasificación se presentó como confiable y reproducible en diferentes examinadores, y este serviría como una herramienta confiable para evaluar estas condiciones (Barootchi S, 2021).

3.2.2. Antecedentes nacionales

a. Título: Prevalencia de Mucositis Periimplantar en Pacientes de la Clínica Especializada en Odontología – USMP 2001-2010.

Autor: Aquije Siveroni, Hellen Olga Sophia

Resumen: El estudio evaluó la prevalencia de mucositis peri implantar de los implantes colocados en los pacientes del Área de

Periodoncia de la Clínica Especializada en Odontología de la Universidad de San Martín de Porres donde de 212 implantes evaluados, 125 presentaron mucositis peri implantar donde evaluaron edad, género, compromiso sistémico, hábito de fumar, hábito para funcional, antecedentes de periodontitis crónica, asistencia a controles HIO, Superficie de los implantes, diseño del implante, conexión del implante, diámetro del implante, longitud del implante, colocación de injerto, ubicación del implante, tipo de restauración, tipo de carga, tipo de retención protética. Donde la mayoría de las respuestas son sí y no y la prevalencia obtenida es de 58.96% 125 implantes versus 87 donde encontraron que el compromiso sistémico y el índice de higiene están en relación con la mucositis o peri implantitis (19).

b. Título: Injerto de tejido conectivo subepitelial en implantología oral: reporte de caso clínico

Autor: Guiselle Andrea Verástegui Baldárrago

Resumen: En el presente estudio se realizó un reporte de caso en donde se realizó un aumento de tejido queratinizado, para aumentar el grosor vestibular, pero el autor lo clasifica de una manera sencilla y en base a esa clasificación se podría hacer un tratamiento (20).

3.2.3. Antecedentes locales

No se presentan antecedentes locales.

4. HIPÓTESIS

DADO QUE las complicaciones estéticas de los implantes también van en aumento, recientemente se propuso una clasificación para evaluar exhaustivamente estas condiciones, con la definición de dehiscencia/deficiencias de tejido blando periimplantario (PSTD).

ES POSIBLE QUE, exista coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias /deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) en relación con el

juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María, Arequipa 2022.

4.1. Hipótesis alterna

H1: Es probable que exista relación entre la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) y la edad en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María, Arequipa 2022.

H2: Es probable que exista relación entre la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) y el sexo en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María, Arequipa 2022.

H3: Es probable que exista relación entre la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) y el nivel educativo en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María, Arequipa 2022.

H4: Es probable que exista relación entre la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) y la especialidad en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María, Arequipa 2022.

4.2. Hipótesis nula

Es posible que no exista coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias /deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María, Arequipa 2022.



**CAPÍTULO II:
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

a. Precisión de la técnica

Se utilizó la técnica de **observación documental** para recoger información de las variables.

b. Esquematización

Variables	Técnica
Clasificación de PSTD	Observación documental
Nivel de habilidad del evaluador	

c. Descripción de la técnica

Los 25 casos para evaluar fueron enviados Dr. Lorenzo Tavelli sin respuestas y el artículo donde se encuentra la explicación de la clasificación.

Se procedió a elaborar un esquema resumen para hacer las aclaraciones a los examinados con respecto a la clasificación de clase y subclase para que se explique previo a la aplicación de la encuesta teniendo la capacitación se procedió con la evaluación.

Se evaluó tanto por la modalidad de presencial y virtual para los dos medios brindó un enlace de Google Forms para el ingreso a los casos para su evaluación, así como para indicar si está de acuerdo con su participación y el llenado de los datos sociodemográficos se utilizó el mismo esquema de clasificación. con las opciones de

respuesta para clase y subclases se tomó toda la población de la clínica de la universidad católica santa maría de Arequipa.

Se calculo un universo de 350 pero fueron entrevistados 290 personas por el mismo evaluador, de estos 25 casos 16 estaban en el maxilar, 9 restantes en la mandíbula. 10 de los casos ubicados en posición de incisivo lateral, 7 en posición del incisivo central, 5 en la posición de premolares y 3 en la zona de canino 12 de los casos se caracterizaron por tener una corona implanto soportada y una con exposición del pilar o fijación del implante a el mismo tiempo. 9 implantes mostraron una corona implanto soportada sin exposición del pilar mientras que 4 con una exposición del pilar o la fijación del implante con una longitud adecuada de la corona implanto soportada.

Para cada nivel de habilidad, comenzamos calculando el crudo proporción de desacuerdos con el patrón oro y el acuerdo con el examinador estándar de oro, para PSTD de clase y subclase, por categoría de grado de instrucción. Para la evaluación de los casos de PSTD, del total 7250 observaciones para 290 participantes para 25 casos.

Después de la obtención de la matriz de datos se eliminó 2 por consignar erróneamente los datos quedando 288 participantes con 6912 observaciones para la elaboración de la estadística y elaboración de tablas.

1.2. Instrumentos

a. Instrumento documental

a.1 Precisión del instrumento

Se empleó un instrumento de tipo elaborado denominado ficha de recolección de datos, tipo encuesta para recoger información de las variables de interés y sus indicadores.

a.2 Estructura del instrumento

VARIABLES	INDICADORES	ÍTEMS	INSTRUMENTO
Clasificación de PSTD	Clase I	I-a	Ficha de cuestionario
		I-b	
	Clase II	II-a	
		II-b	
		II-c	
	Clase III	III-a	
		III-b	
		III-c	
	Clase IV	IV-a	
		IV-b	
		IV-c	
	Nivel de habilidad del evaluador	Pregrado	
Alumno de especialidad		Periodoncia e implantología	
		Rehabilitación Oral	
		Ortodoncia	
		Odontopediatría	
Docentes		General	
	Especialista		

a.3. Modelo del instrumento

Figura en anexos.

b. Instrumentos mecánicos

- Cámara fotográfica
- Computadora
- Impresora
- Cañón multimedia

1.3. Materiales de verificación

- Útiles de escritorio
- Campos descartables
- Clasificación del patrón oro

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

a. Ámbito general

Universidad Católica de Santa María.

b. Ámbito Específico

Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología.

2.2. Ubicación temporal

La investigación se realizó durante el año 2022.

2.3. Unidades de estudio

La unidad de muestreo estuvo conformada por los tratantes de la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María 2022 considerando tratantes a docentes de pre y post grado, alumnos de pregrado de la clínica y alumnos de especialidad de la clínica según el dato provisto estos asumían un universo de 330 personas.

a. Universo

Estuvo constituido por 330 personas.

b. Criterios de inclusión

- Alumno que firmen el consentimiento informado
- Género femenino y masculino
- Edad de 18-19 años
- Edad de 20-21 años
- Edad de 22 a mas
- Alumno de pregrado (semestre 9-10)
- Alumnos de especialidades
- Docentes
- Escuchar la charla de capacitación previa a la encuesta

- Que desee colaborar
- Casos clínicos enviados por examinador estándar

c. Criterios de exclusión

- Participante que envíe el cuestionario de respuesta con más de 6 casillas vacías
- Participantes que consignen incorrectamente sus datos
- Participante que no desee participar de la entrevista
- Falta de tiempo para aplicación de impuestos

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Autorización del Decano de la Facultad de Odontología
- Permiso para acceder a las unidades de estudio.
- Preparación de las unidades de estudio.
- Formalización de las unidades de análisis.
- Supervisión y coordinación

3.2. Recursos

a. Recursos Humanos

a.1. Investigadora : C.D. Zaynifer Maryori Manrique Chalco

a.2. Asesora : Dra. Serey Doris Portilla Miranda.

b. Recursos Virtuales

Fotografías:

1. Shayan Barootchi
2. Lorenzo Tavelli

c. Recursos Económicos

Autofinanciado por la investigadora.

d. Recurso Institucional

Universidad Católica de Santa María.

3.3. Validación del Instrumento

El protocolo del estudio fue aprobado por la universidad de Michigan. Michigan medical School Intitucional Review Board. (IRBMED, HUM00176741), Provista por el doctor Lorenzo Tavelli quien participo en el estudio de la validación de la clasificación.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. Plan de procesamiento de los datos

a. Tipo de procesamiento

Manual y computarizado (Programa SPSS Versión 25).

b. Operaciones del procesamiento

b.1. Clasificación

La información obtenida producto de la aplicación del instrumento fue ordenada en una matriz de datos que figura en anexos de la tesis.

b.2. Codificación

Se utilizó una codificación numérica.

b.3. Conteo

Se empleó matrices de recuento.

b.4. Tabulación

Se confeccionó tablas simples y de doble entrada.

b.5. Graficación

Se confeccionó gráficas de barras.

4.2. Plan de análisis de datos

a. Tipo de análisis

Cuantitativo, bivariado, descriptivo; frecuencias absolutas y relativas e inferencial. La interpretación de datos se hizo acorde al número de variables y a su naturaleza. La interpretación de los cuadros se realizó consultando la literatura vigente y las investigaciones realizadas.

b. Tratamiento estadístico

T Student.

VARIABLES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	PRUEBAS
Clasificación de PSTD	Cuantitativo	De razón	Medidas de tendencia central (media aritmética)	T Student
Nivel de habilidad del evaluador			Dispersión (desviación estándar, valor mínimo y máximo)	



**CAPÍTULO III:
RESULTADOS**

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

TABLA N° 1

Edad de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María

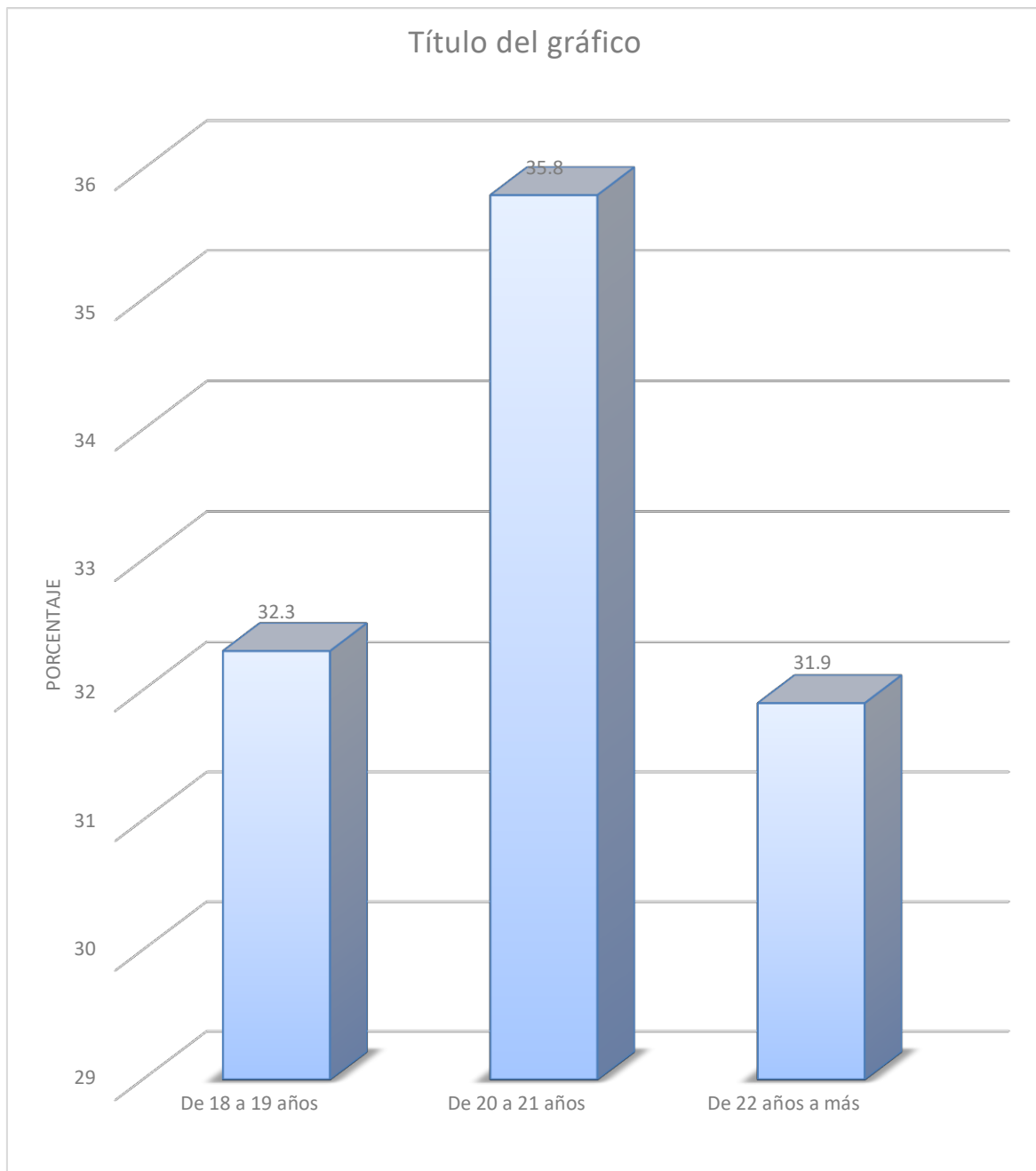
EDAD	Nº	%
De 18 a 19 años	93	32,3
De 20 a 21 años	103	35,8
De 22 años a más	92	31,9
TOTAL	288	100,0

Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

En la tabla 1, en cuanto a la edad visualizamos que el mayor porcentaje de los participantes es de 35.8% de 20 a 21 años y el menor porcentaje de 31.9% de 22 años a más.

GRÁFICO Nº 1

Edad de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María



Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

TABLA Nº 2

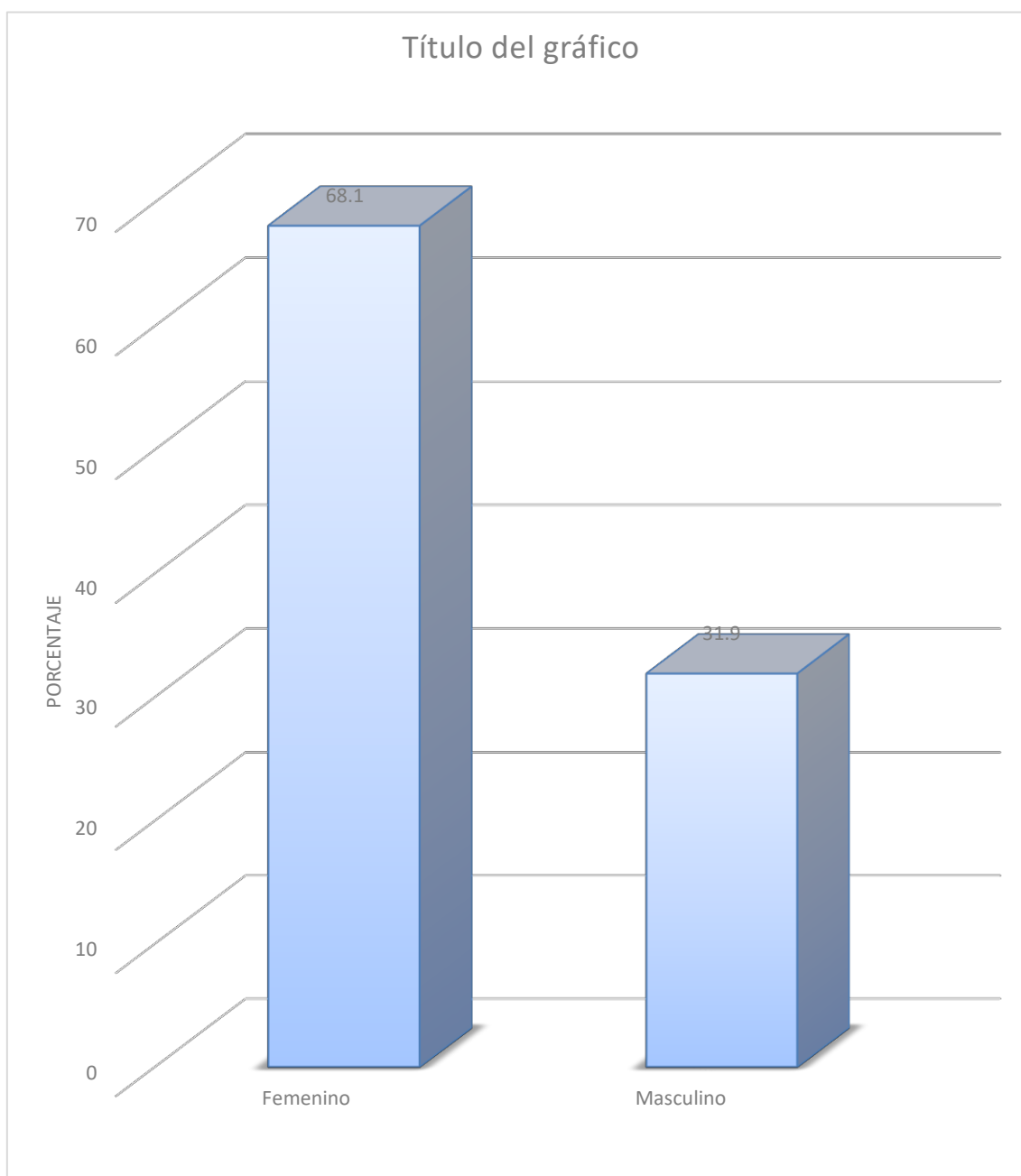
**Sexo de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad
Católica Santa María**

SEXO	Nº	%
Femenino	196	68,1
Masculino	92	31,9
TOTAL	288	100,00

Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

En la tabla 2, visualizamos que con respecto a el sexo el mayor porcentaje de los encuestados fueron mujeres en un 68.1% y el menor 31.9% masculinos.

GRÁFICO Nº 2
Sexo de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad
Católica Santa María



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización).

TABLA Nº 3

**Nivel educativo de los participantes de la Clínica Odontológica de la
Universidad Católica Santa María**

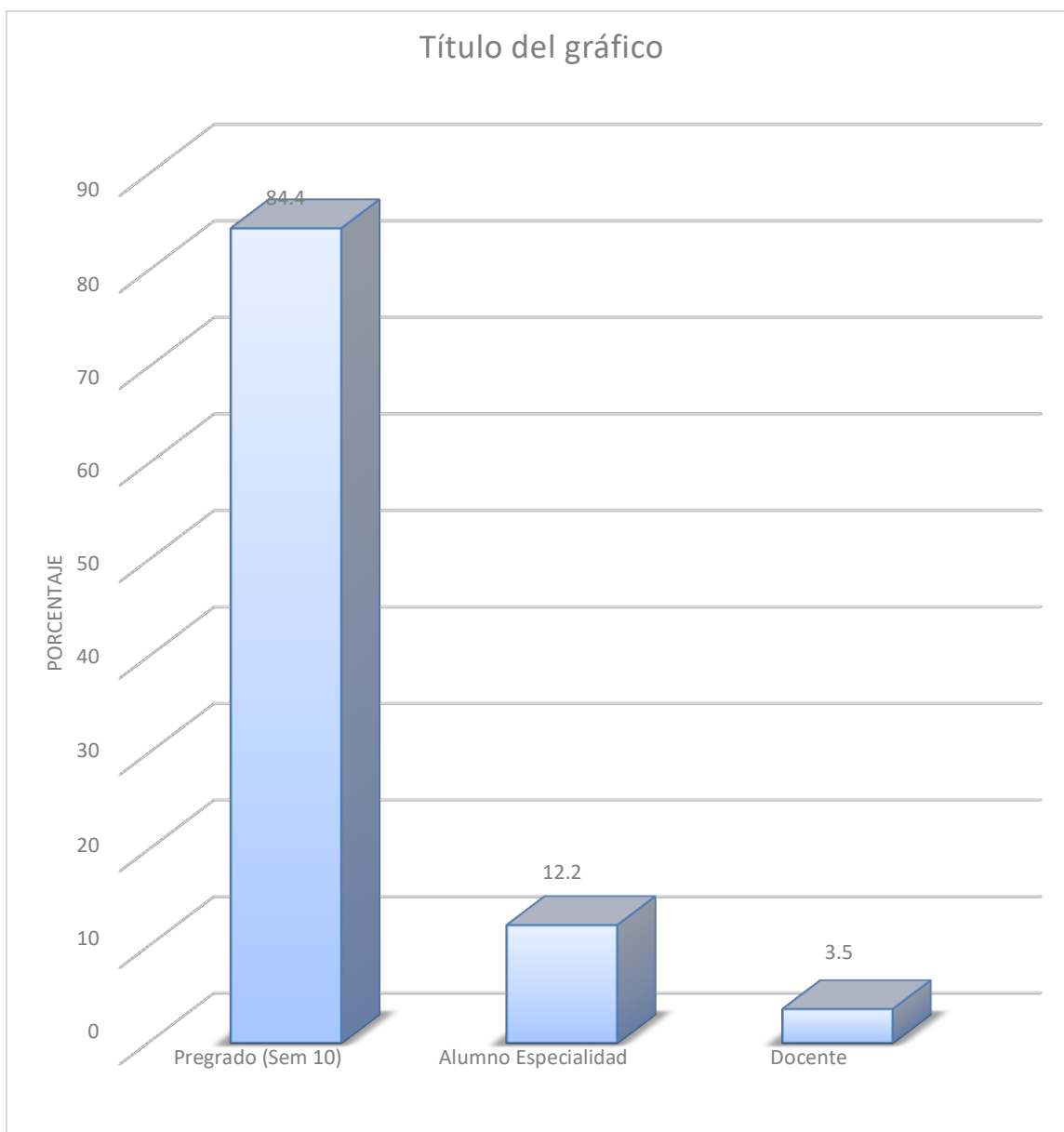
NIVEL EDUCATIVO	Nº	%
Pregrado	243	84,4
Alumno Especialidad	35	12,2
Docente	10	3,5
TOTAL	288	100,00

Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

En la tabla 3, visualizamos que con respecto al nivel educativo el mayor porcentaje de entrevistados están constituidos por alumnos de pregrado en un 84,4 % y el menor número por docentes de la clínica de la Universidad Católica Santa María.

GRÁFICO Nº 3

Nivel educativo de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María



Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

TABLA Nº 4

**Especialidad de los participantes de la Clínica Odontológica de la
Universidad Católica Santa María**

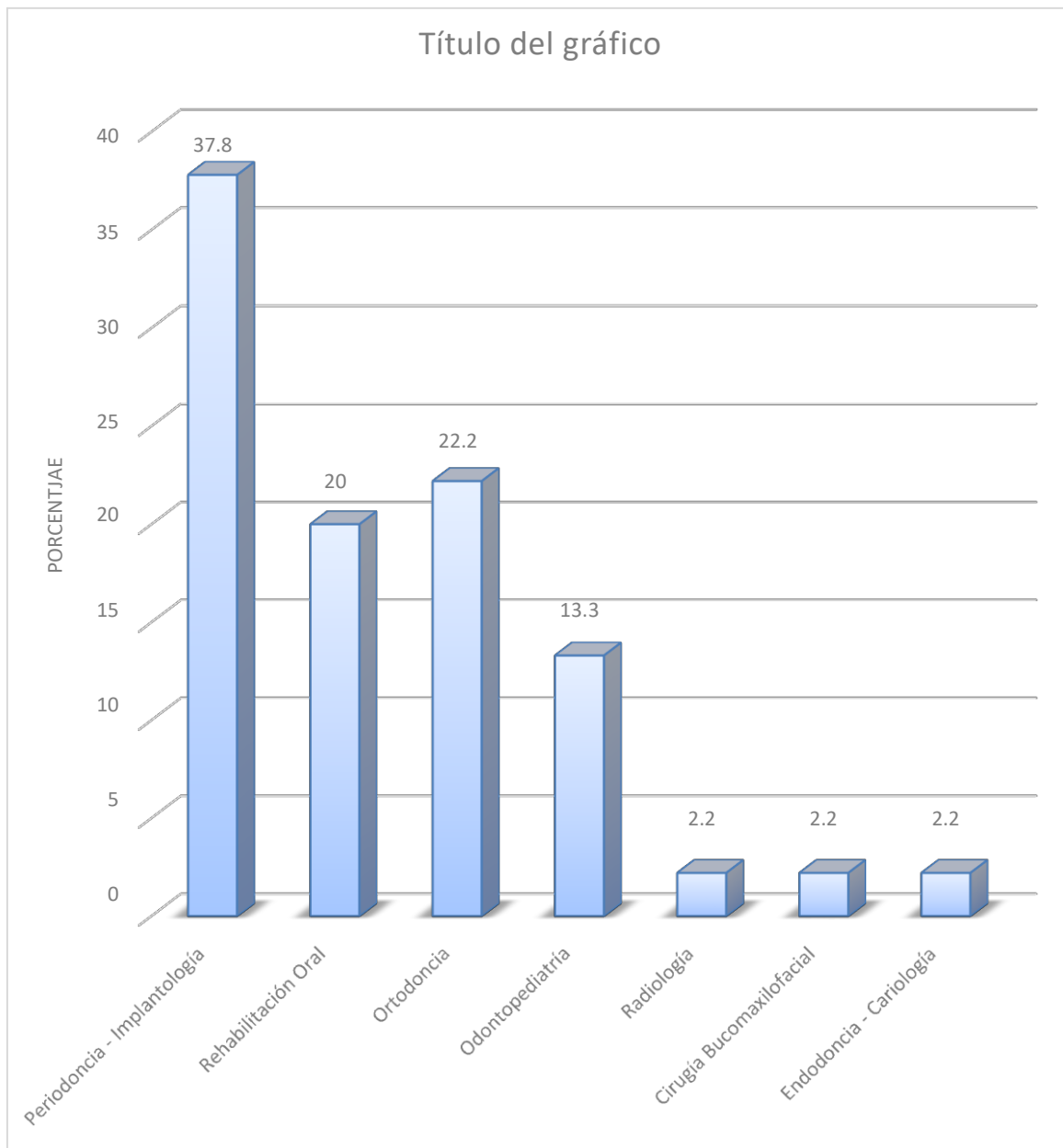
ESPECIALIDAD	Nº	%
Periodoncia - Implantología	17	37,8
Rehabilitación Oral	9	20,0
Ortodoncia	10	22,2
Odontopediatría	6	13,3
Radiología	1	2,2
Cirugía Bucomaxilofacial	1	2,2
Endodoncia - Cariología	1	2,2
TOTAL	45	100.0

Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

En la tabla 4, visualizamos que con respecto a el mayor porcentaje de los alumnos de especialidad el mayor porcentaje son de periodoncia e implantología 37.8%

GRÁFICO Nº 4

Especialidad de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María



Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

TABLA Nº 5

Coincidencia del diagnóstico de dehiscencias/ deficiencias de tejido blando periimplantario facial en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María

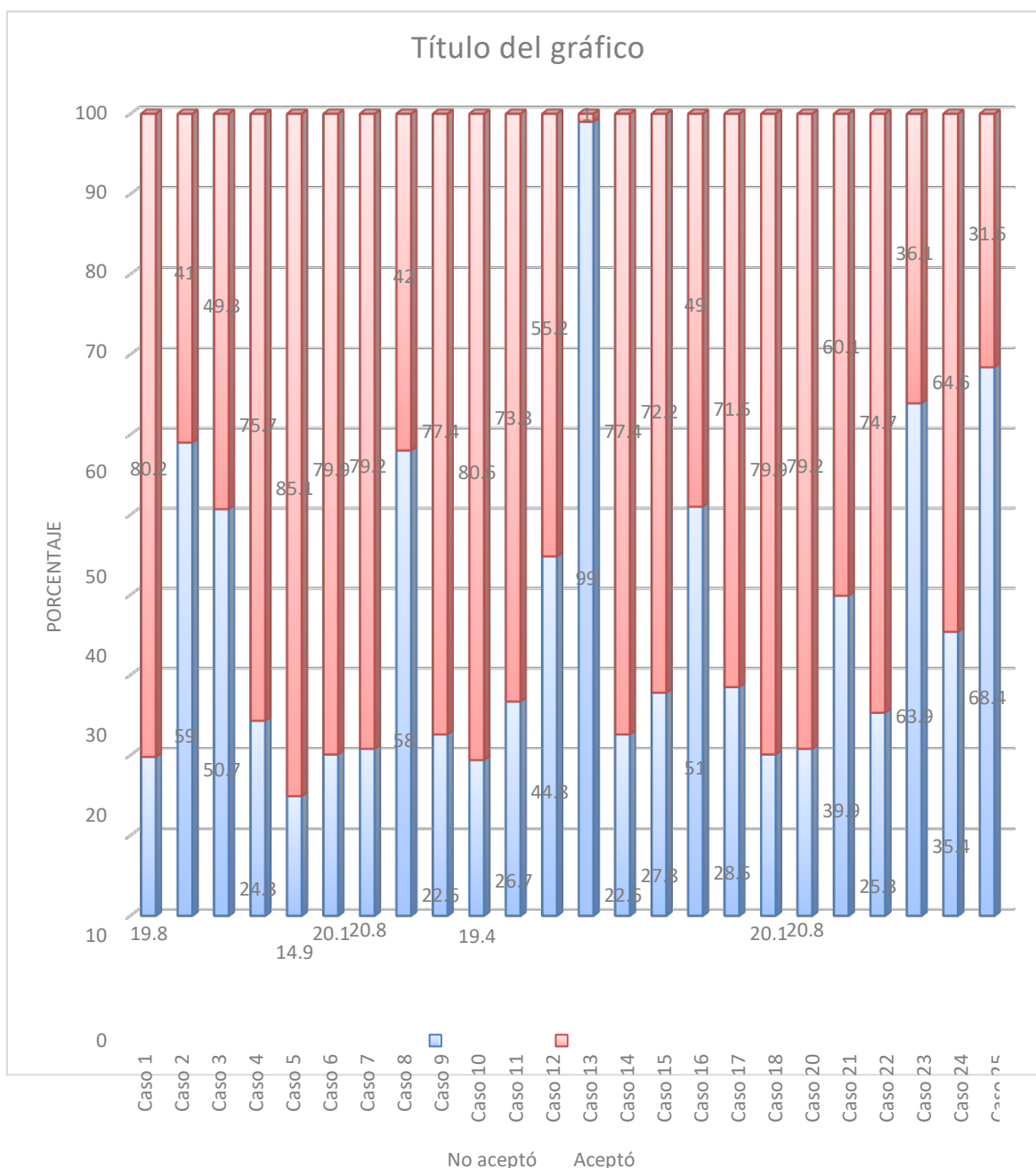
CASOS CLÍNICOS	COINCIDENCIA				TOTAL	
	No acertó		Acertó		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Caso 1	57	19,8	231	80,2	288	100,0
Caso 2	170	59,0	118	41,0	288	100,0
Caso 3	146	50,7	142	49,3	288	100,0
Caso 4	70	24,3	218	75,7	288	100,0
Caso 5	43	14,9	245	85,1	288	100,0
Caso 6	58	20,1	230	79,9	288	100,0
Caso 7	60	20,8	228	79,2	288	100,0
Caso 8	167	58,0	121	42,0	288	100,0
Caso 9	65	22,6	223	77,4	288	100,0
Caso 10	56	19,4	232	80,6	288	100,0
Caso 11	77	26,7	211	73,3	288	100,0
Caso 12	129	44,8	159	55,2	288	100,0
Caso 13	285	99,0	3	1,0	288	100,0
Caso 14	65	22,6	223	77,4	288	100,0
Caso 15	80	27,8	208	72,2	288	100,0
Caso 16	147	51,0	141	49,0	288	100,0
Caso 17	82	28,5	206	71,5	288	100,0
Caso 18	58	20,1	230	79,9	288	100,0
Caso 20	60	20,8	228	79,2	288	100,0
Caso 21	115	39,9	173	60,1	288	100,0
Caso 22	73	25,3	215	74,7	288	100,0
Caso 23	184	63,9	104	36,1	288	100,0
Caso 24	102	35,4	186	64,6	288	100,0
Caso 25	197	68,4	91	31,6	288	100,0

Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

En la tabla 5, visualizamos que con respecto a la coincidencia del diagnóstico de dehiscencias/ deficiencias de tejido blando periimplantario facial en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica de la universidad Católica Santa María el caso de mayor coincidencia es el caso 5 (II-B) con un de 85.1%, seguido del caso 10 (I-B) 80.6% y el caso 1 (IV-C) 80.2%, el caso menos coincidentes el caso 13 (I-B) 13 con 1%.

GRÁFICO Nº 5

Coincidencia del diagnóstico de dehiscencias/ deficiencias de tejido blando periimplantario facial en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María



Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

TABLA Nº 6

**Coincidencia del diagnóstico de los participantes de la Clínica Odontológica
de la Universidad Católica Santa María**

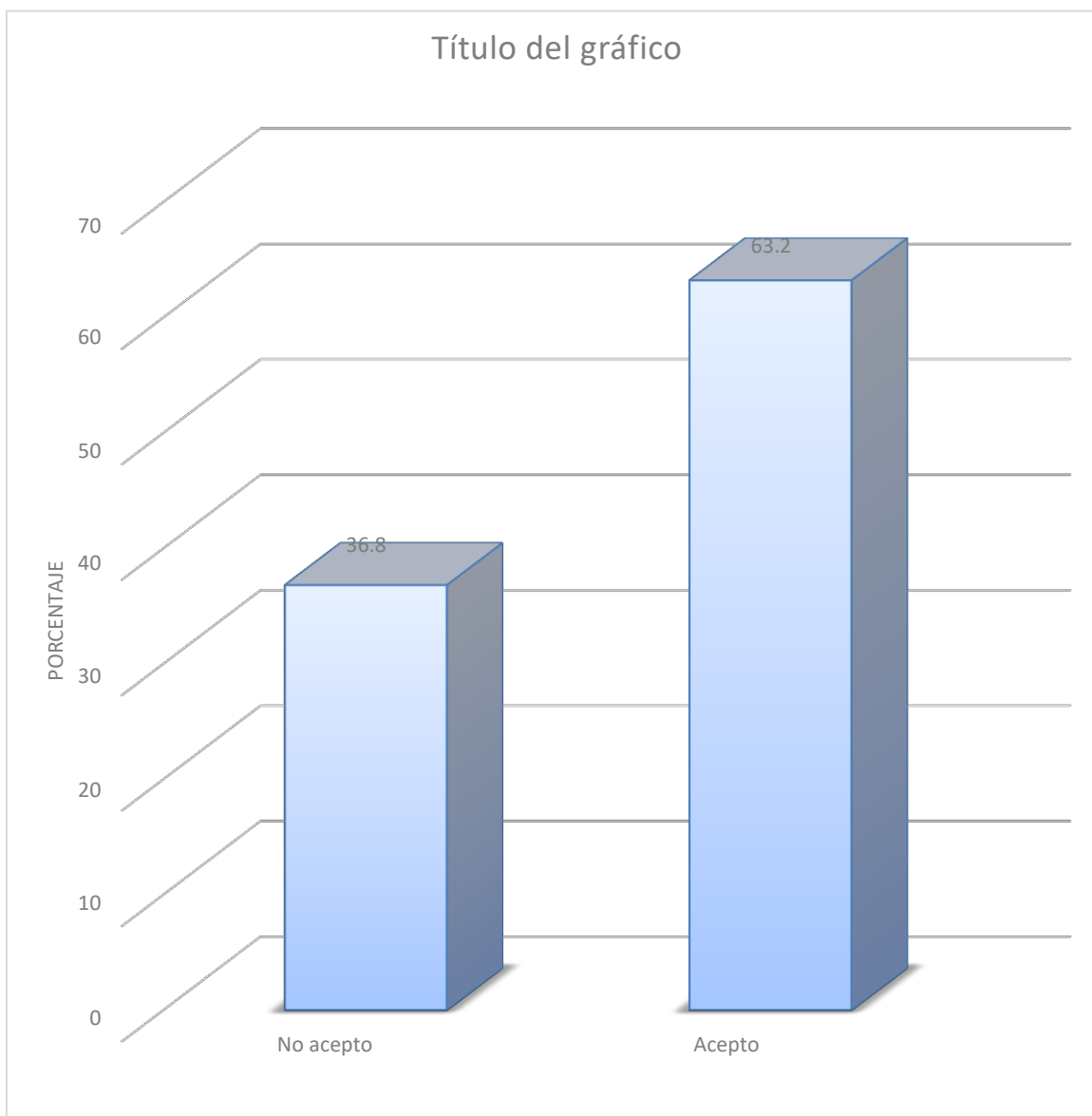
COINCIDENCIA	Nº	%
No acertó	2546	36,8
Acertó	4366	63,2
TOTAL	6912	100,00

Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

En la tabla 6 visualizamos que el 63.2% de los participantes coincidieron del total de los 24 casos

GRÁFICO Nº 6

Coincidencia del diagnóstico de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización).

TABLA Nº 7

**Concordancia con el diagnóstico de los participantes de la Clínica
Odontológica de la Universidad Católica Santa María, según edad**

EDAD	COINCIDENCIA				TOTAL	
	No acertó		Acertó			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 18 a 19 años	704	31,5	1528	68,5	2232	100,0
De 20 a 21 años	854	34,5	1618	65,5	2472	100,0
De 22 años a más	988	44,7	1220	55,3	2208	100,0
TOTAL	2546	36,8	4366	63,2	6912	100,0

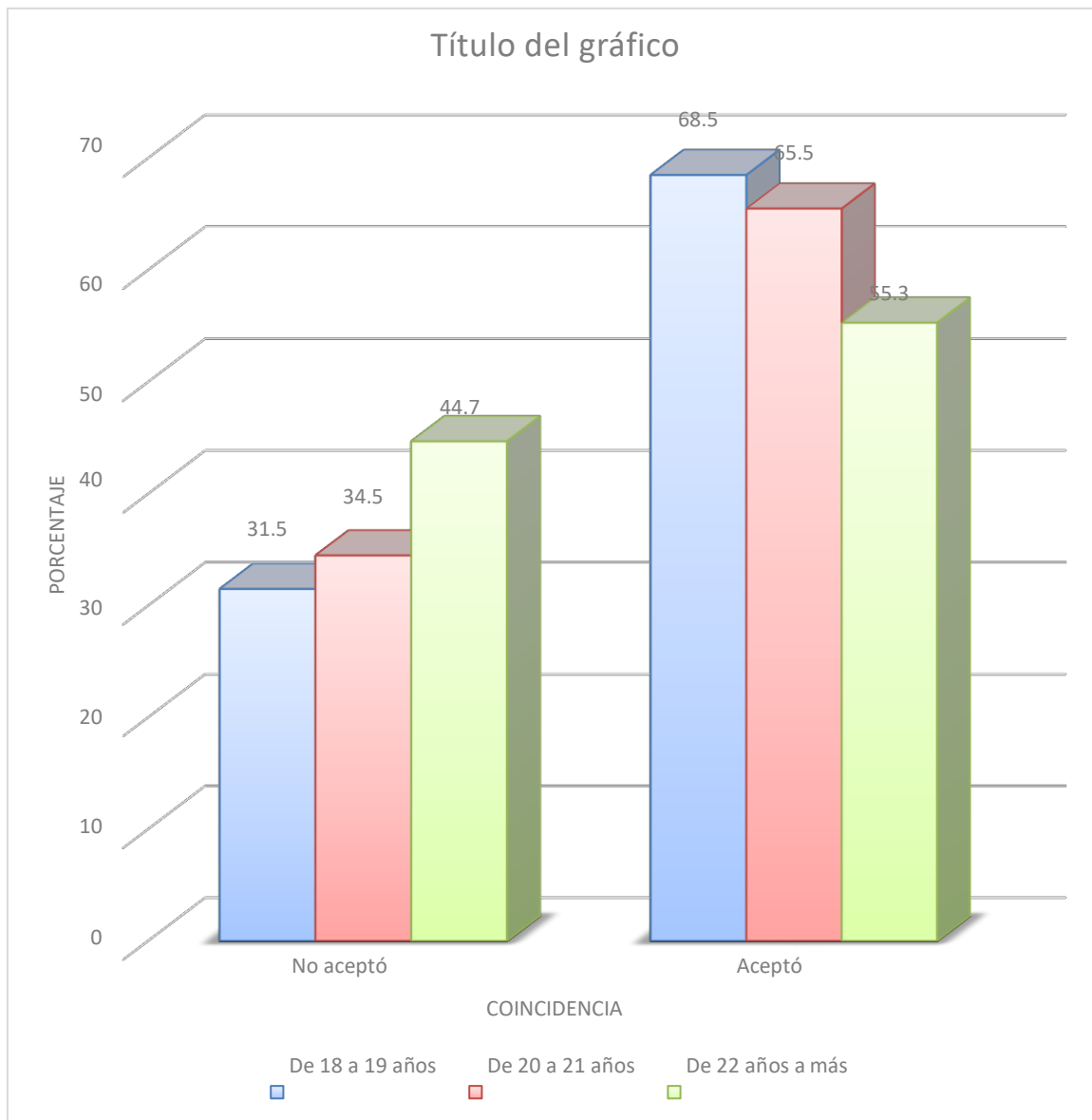
P = 0,000 (P < 0,05) S.S.

Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

En la tabla 7, visualizamos que la coincidencia del diagnóstico con respecto a la edad los de 18-19 años tienen una coincidencia 68,5% mientras que los de 22 a más 55.3%, por lo que si hay relación significativa entre las variables y es que a mayor edad menos coincidencia.

GRÁFICO Nº 7

**Concordancia con el diagnóstico de los participantes de la Clínica
Odontológica de la Universidad Católica Santa María, según edad**



Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

TABLA Nº 8

Concordancia con el diagnóstico de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María, según género

SEXO	COINCIDENCIA				TOTAL	
	No acertó		Acertó			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	1672	35,5	3032	64,5	4704	100,0
Masculino	874	39,6	1334	60,4	2208	100,0
TOTAL	2546	36,8	4366	63,2	6912	100,0

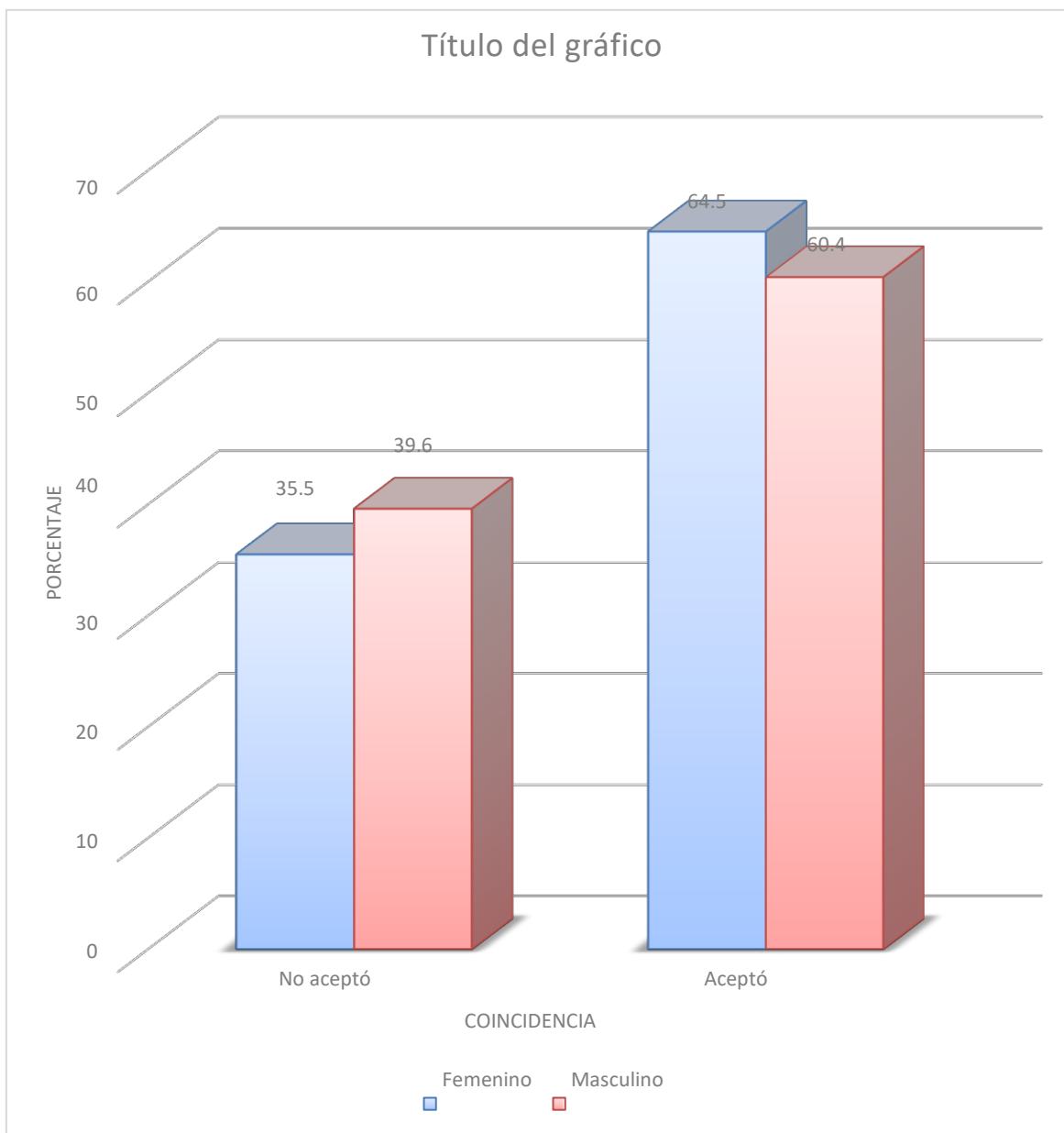
$P = 0,267$ ($P \geq 0,05$) N.S.

Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

En la tabla 8, visualizamos que la coincidencia del diagnóstico con respecto al sexo las mujeres tienen mayor coincidencia 64.5% frente a los hombres, pero no hay relación significativa entre las variables.

GRÁFICO Nº 8

Concordancia con el diagnóstico de los participantes de la Clínica
Odontológica de la Universidad Católica Santa María, según género



Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

TABLA Nº 9

Concordancia con el diagnóstico de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María, según el nivel educativo

NIVEL EDUCATIVO	COINCIDENCIA				TOTAL	
	No acertó		Acertó			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pregrado	2170	37,2	3661	62,8	58,32	100,0
Alumno Especialidad	285	33,9	555	66,1	840	100,0
Docente	91	37,9	149	62,1	240	100,0
TOTAL	2546	36,8	4366	63,2	6912	100,0

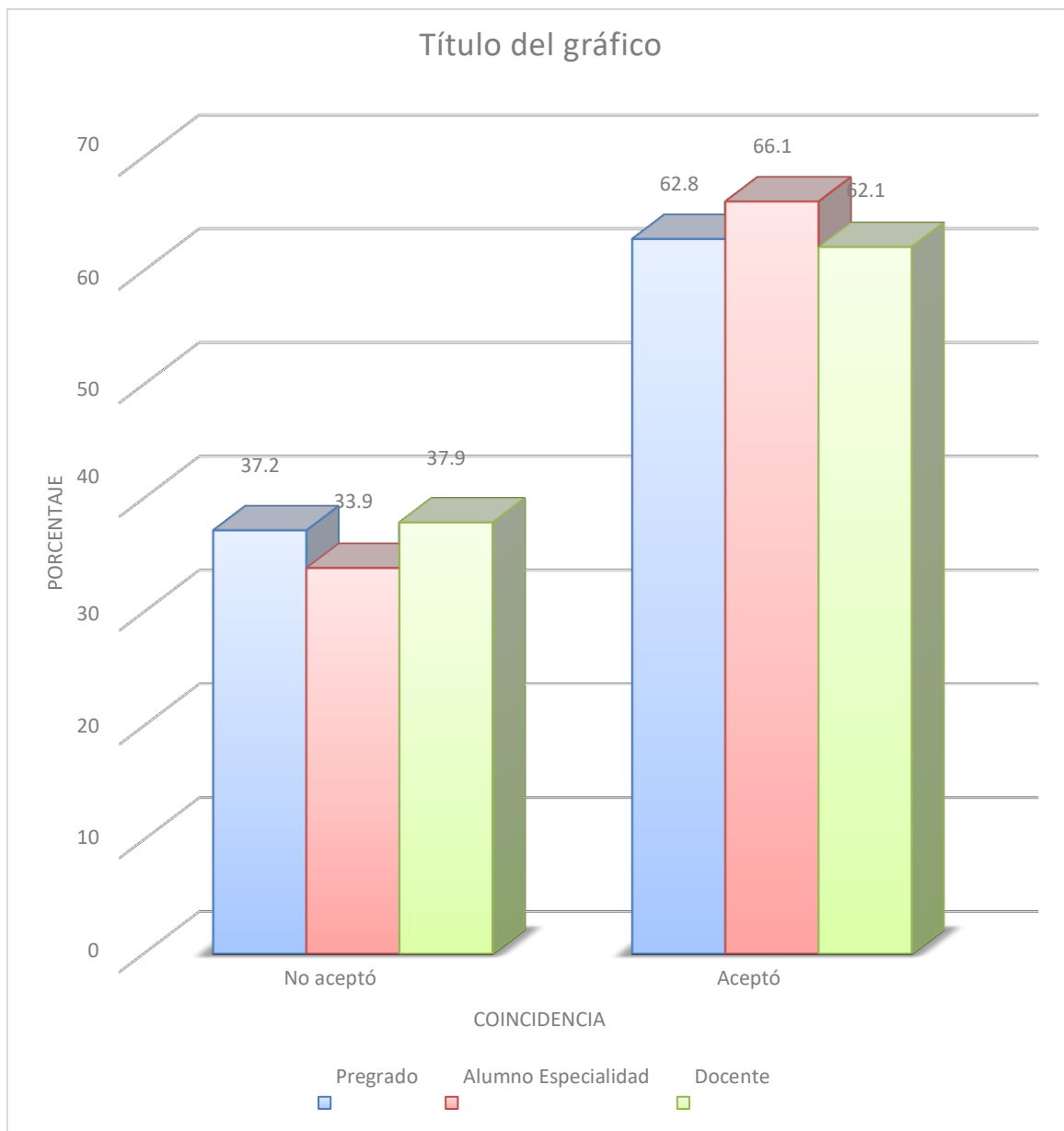
$P = 0,172$ ($P \geq 0,05$) N.S.

Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

En la tabla 9, visualizamos que la coincidencia del diagnóstico con respecto al nivel educativo los alumnos de especialidad tienen mayor coincidencia 66.1% frente a los docentes, pero no hay relación significativa entre las variables.

GRÁFICO Nº 9

Concordancia con el diagnóstico de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María, según el nivel educativo



Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

TABLA N° 10

Concordancia con el diagnóstico de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María, según la especialidad

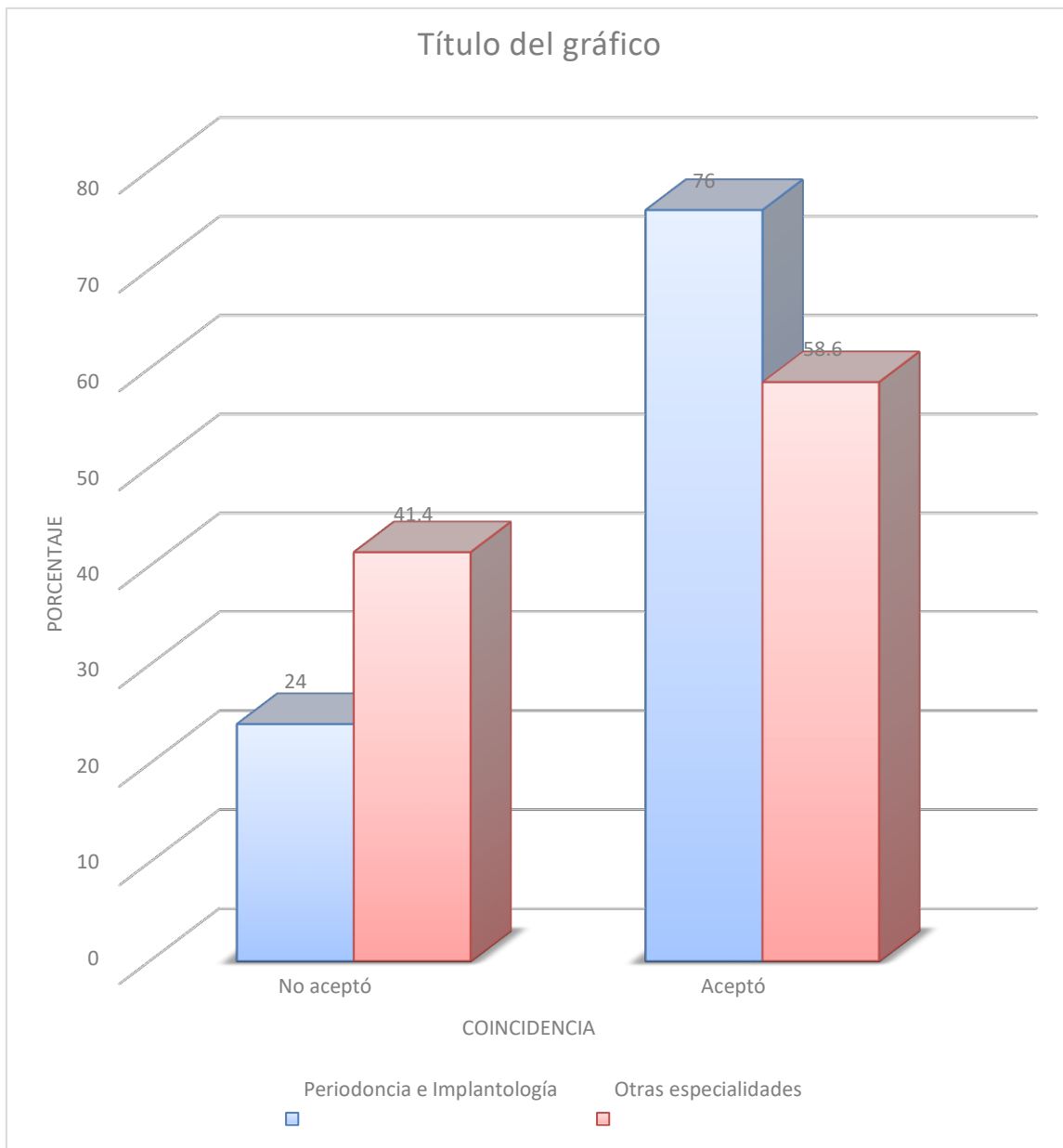
ESPECIALIDAD	COINCIDENCIA				TOTAL	
	No acertó		Acertó			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Periodoncia e Implantología	98	24,0	310	76,0	408	100,0
Otras especialidades	278	41,4	394	58,6	672	100,0
TOTAL	2546	36,8	4366	63,2	6912	100,0

Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

En la tabla 10, visualizamos que la coincidencia del diagnóstico con respecto a la especialidad los alumnos de especialidad de periodoncia e implantología tienen mayor coincidencia 76% frente a otras especialidades, lo que indica que si hay relación significativa entre las variables.

GRÁFICO Nº 10

**Concordancia con el diagnóstico de los participantes de la Clínica
Odontológica de la Universidad Católica Santa María, según la especialidad**



Fuente: Elaboración personal (matriz de datos).

DISCUSIÓN

El aporte central de la investigación estriba en que se ha encontrado una correspondencia significativa que relacione las variables diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) siendo que a mayor edad menos coincidencia. Mientras que con el sexo y nivel educativo no hay relación significativa. Por otro lado, la especialidad de los participantes si existe relación significativa siendo que los de periodoncia e implantología tienen mayor coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD).

Barootchi, et al (2022) mostraron respuestas reproducibles y consistentes entre los 34 examinadores y en cada subgrupo de nivel de habilidad, comparables a las del examinador dorado. No obstante, era más probable que los periodoncistas y los residentes estuvieran de acuerdo con la respuesta del examinador estándar de oro en sus evaluaciones de clase y subclase de PSTD. La clasificación PSTD propuesta mostró evaluaciones reproducibles entre todos los examinadores y entre examinadores del mismo nivel de habilidad. La respuesta del examinador estándar de oro estuvo más en línea con la evaluación de los periodoncistas y residentes periodontales.

Aquije (2011) reportó que la prevalencia de Mucositis periimplantar obtenida para el total de 212 implantes evaluados, fue de 58.96% (n=125 implantes); versus el 41.04% (n=87 implantes) restante que no presentó mucositis periimplantar. Adicionalmente se encontró que el compromiso sistémico (p 0.038) y el índice de higiene oral (p 0.001) son estadísticamente significativos con relación a la presencia de mucositis periimplantar. Conclusión: la prevalencia de mucositis periimplantar en la Clínica Especializada de Odontología de la Universidad San Martín de Porres es de 56.96%. Se ha encontrado asociación estadísticamente significativa entre la presencia de mucositis periimplantar y la variable índice de higiene oral, así como con la variable compromiso sistémico.

Verástegui (2019) reportó que aumentar la cantidad de tejido queratinizado es uno de los objetivos de estos procedimientos. El caso clínico describe una paciente con implante en la pza. 3.4, en donde se realizó un injerto de tejido conectivo con el fin de aumentar el grosor del tejido vestibular. Una vez aplicada la técnica y el período

postoperatorio, es evidente el aumento del tejido queratinizado, el cual provee una mejoría en la estética y soporte peri implantario. Sin duda, las ventajas del procedimiento son notables y también la mejoría de la funcionalidad de los tejidos gingivales (20).

Po lo tanto la presencia de un soporte adecuado de los tejidos interproximales se ha descrito tradicionalmente como un factor de suma importancia para lograr una cobertura predecible y/o completa décadas de investigación han demostrado aún más la importancia de este parámetro para los procedimientos quirúrgicos plásticos periodontales. La altura del tejido interproximal, incluidas las papilas y el hueso de soporte, determinará en última instancia las capacidades y/o prórroga del procedimiento de cobertura de recesión. Cuando hay cobertura completa de la papila está presente con un soporte óseo subyacente adecuado, el desplazamiento coronal de los tejidos bucales se puede lograr de manera predecible. Con el avance de las técnicas quirúrgicas y de sutura, el colgajo de avance en dirección coronal de la papila se puede lograr de manera más predecible. Se necesitan más estudios para determinar el resultado de estos procedimientos de avance en comparación con las técnicas quirúrgicas tradicionales.

La presencia de una pared ósea bucal y/o colocación de implantes dentro del alojamiento óseo alveolar son parámetros fuertemente correlacionado con ambos implantes posición y angulación. Un estudio reciente de la literatura sobre periimplantitis encontró que el local más significativo el factor que contribuyó a la enfermedad periimplantaria fue la mala posición bucal del cuerpo del implante, seguido de un KM mínimo y biotipo de tejido fino. Hasta la fecha, la influencia del posicionamiento del implante y/o o la angulación tanto en la etiología como en el tratamiento de la recesión de la mucosa no ha sido ampliamente investigado. La relevancia de la presencia de la bucal la pared ósea se apoya en una superficie vascular que mantendrá los tejidos blandos suprayacentes. Cuando está ausente, el injerto de tejido blando procedimientos sobre superficies de implantes convertirse en un escenario más desafiante.

Comprensiblemente, este parámetro no puede considerarse aisladamente; más bien, el estado completo de los tejidos mucogingivales afecta sinérgicamente la previsibilidad de realizar cirugía plástica periodontal alrededor de los implantes dentales.

La relevancia del grosor del tejido para la preservación del hueso marginal tiene

sido previamente investigado. Evaluación del grosor del tejido como parámetro del pronóstico del implante reveló que la presencia de mucosa espesa (3 mm) puede prevenir una mayor pérdida de hueso marginal en comparación con la mucosa delgada. Además, cuando se utilizan procedimientos de colgajo posicionado coronalmente (CPF) para la cobertura de recesión, el espesor del CPF juega un papel de suma importancia. Además, espesor de aleta superior a 0,8 mm puede lograr niveles más altos de cobertura de recesión y un resultado más estable tiempo en comparación con colgajos más delgados. Por lo tanto, la evaluación del grosor de la mucosa es de suma importancia antes de colocación de implantes y/o plástica bucal, procedimientos quirúrgicos.

Además, cuando hay tejidos periimplantarios delgados, el estándar de oro de cuidado sigue siendo injertos de tejido conectivo (CTG) debido a sus propiedades superiores en comparación con otros sustitutos materiales.

La importancia de al menos 2 -3 mm de KM alrededor de los implantes dentales también ha sido ampliamente estudiado. Entre los beneficios proporcionados por este accesorio queratinizado alrededor de los implantes, se incluyen (pero son no limitado a), una reducción significativa en los siguientes parámetros: pérdida de inserción, recesión marginal, placa acumulación, inflamación y molestias durante el cepillado. Además, se pueden mejorar los resultados estéticos esperado con la presencia de KM. La presencia de KM adjunto proporciona el entorno periimplantario con un mayor sello protector contra agonistas externos y por lo general se correlaciona positivamente con espesor de tejido. Además, sin mucosa queratinizada es más delicada y friable, presentando un mayor riesgo de perforaciones o desgarros durante la manipulación de tejidos. La superioridad de los procedimientos basados en CTG para aumento de KM ha sido ampliamente informado en la literatura y se recomienda para los casos que se presentan con una limitada cantidad de KM.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

La mayor coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) en relación con el juicio de un examinador estándar oro de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María fue en el caso 5 (II-B), caso 10 (I-B), caso 1 (IV- C) y el más difícil es el caso 13 (I-B).

SEGUNDA:

Existe relación en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) y la edad entre los participantes de la clínica en la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María donde los participantes de 18-19 años tienen una coincidencia 68,5% mientras que los de 22 a más de 55.3%, por lo que si hay relación significativa entre las variables y es que a mayor edad menos coincidencia.

TERCERA:

No existe relación significativa entre la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) y el sexo de los participantes de la clínica en la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María a pesar de que las mujeres fueron las que más coincidieron en un 64.5%.

CUARTA:

No existe relación significativa entre la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) y el nivel educativo entre los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María a pesar de que los estudiantes de la especialidad coincidieron en un 66.1%.

QUINTA:

Existe relación significativa entre la coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias / deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD) y la especialidad de los participantes de la clínica odontológica de la universidad Católica Santa María donde los estudiantes de la especialidad de periodoncia e implantología coincidieron en un 76%.



RECOMENDACIONES

A nuevos tesis d A nuevos tesis de la Facultad de Odontología de la UCSM, se sugiere utilizar la clasificación PSTD para la evaluación de los pacientes en el día a día.

Se recomienda que los jóvenes incentiven a sus docentes a usar la clasificación como una herramienta diagnóstica de modo que con su experticia el docente ayude a el alumno.

Se recomienda que hombres y mujeres hagan una dupla de entrenamiento en el correcto diagnóstico a pesar de que no implica que uno de los dos lo haga mejor.

Siendo que el nivel educativo no influye se recomienda crear una cadena de aprendizaje donde todos se apoyen como tipo mentorías.

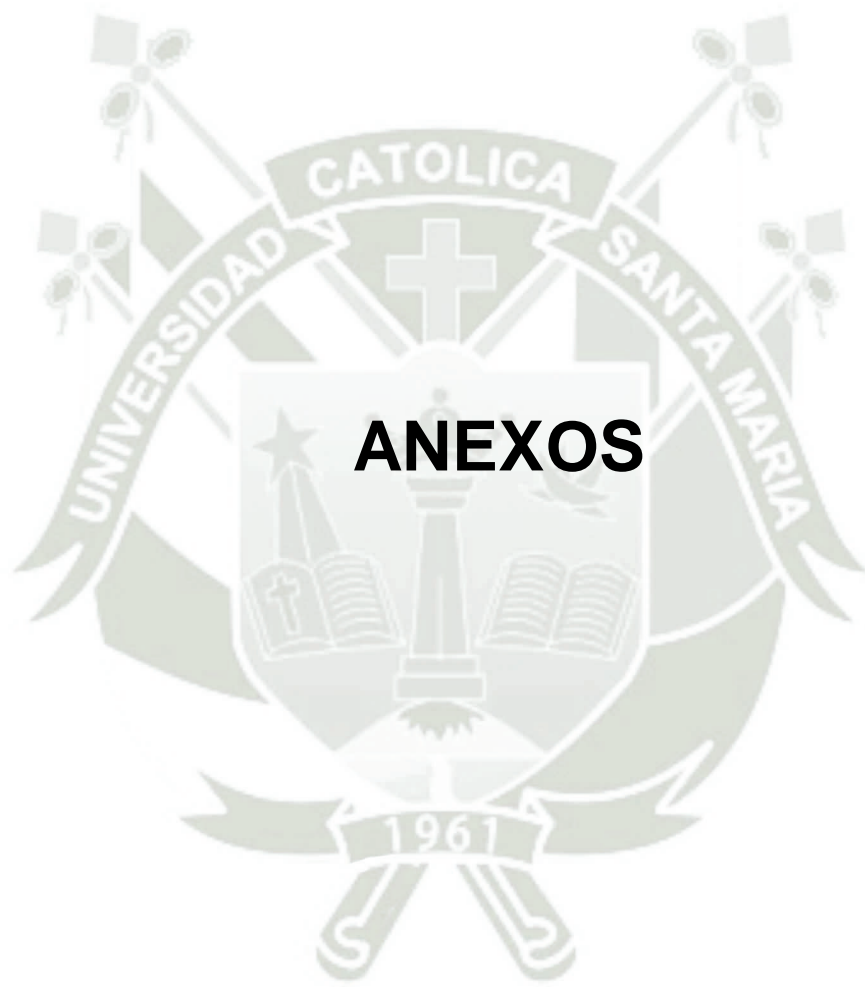
Se recomienda que los alumnos de la especialidad de periodoncia e implantología den charlas de capacitación a los tratantes de pregrado y ayuden a los docentes de las diferentes especialidades en el correcto diagnóstico de dehiscencias /deficiencias de tejido blando periimplantario facial de los pacientes.

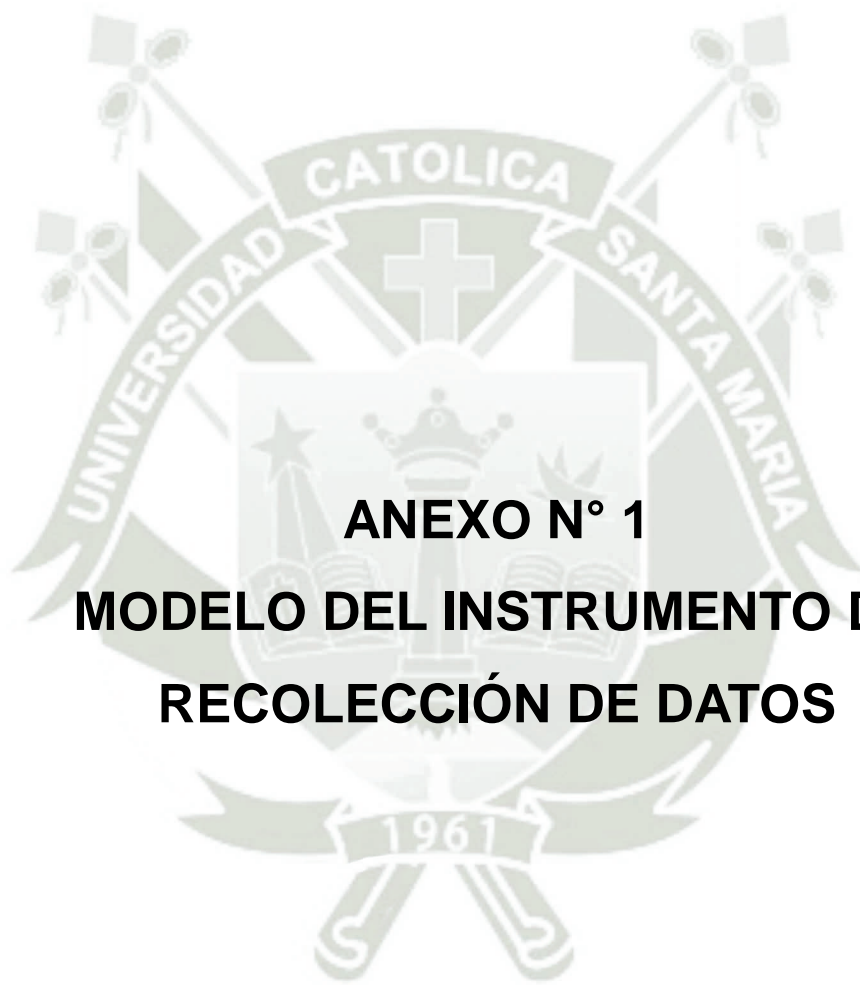
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perussolo J, Matarazzo F, Dias D, Oliveira R, Araujo M. El efecto de la incomodidad del cepillado sobre la salud periimplantaria en sitios que exhiben un ancho inadecuado de la mucosa queratinizada: un estudio transversal. *Res de implantes orales Clin.* 2022 diciembre; 33(12): p. 1212-1223.
2. Buser D, von Arx T, ten Bruggenkate C, Weingart D. Basic surgical principles with ITI implants. *Clin Oral Implants Res.* 2009; 11(1): p. 59-68.
3. Rocuzzo A, Imber J, Marruganti C, Salvi G, Ramieri G, Rocuzzo M. Resultados clínicos de los implantes dentales en pacientes con y sin antecedentes de periodontitis: un estudio prospectivo de 20 años. *J Clin Periodontol.* 2022 agosto; 49(12): p. 1346-1356.
4. Mancini L. Salud periimplantaria y consideraciones diagnósticas. *Int. J. Environ. Res.* 2022; 19(19): p. 19.
5. Lasminingrum PP, Miranda A, Carolina DN, Metta P. Evaluación del estado del tejido blando periimplantario con conexión de pilar de cono morse: una revisión rápida. *Brazilian Journal of Oral Sciences.* 2022; 21.
6. Venkatesh N, Shetty M, John N. Preservación de la papila periimplantaria: una revisión narrativa. *Journal of health and allied sciences.* 2022; 13(1).
7. Bornstein M, Cionca N, Mombelli A. Condiciones y tratamientos sistémicos como riesgos para la terapia con implantes. *Implantes orales maxilofaciales Int J.* 2009; 24.
8. Alranyes Y, Aloraini S, Alkhalaf A, Aljasser R. Evaluación de la cicatrización de los tejidos blandos después de la extracción y preservación del alvéolo con fibrina rica en plaquetas (PRF) en fumadores: un ensayo clínico controlado, aleatorizado, simple ciego. *Diagnostics (Basel).* 2022; 12(10): p. 2003.

9. Chuan-Yi S, Jia-Hui F, Hom-Lay W. El papel de la posición del implante en el éxito a largo plazo. *Avances Clínicos en Periodoncia*. 2013; 4(3): p. 187-193.
10. AlJasser R, AlSarhan M, Alotaibi D, AlOraini S, Ansari A, Habib S, et al. Análisis de los factores protésicos que afectan la salud periimplantaria: un estudio retrospectivo in vivo. *J Multidiscip Healthc*. 2021; 14: p. 1183-1191.
11. Marimon X, Cerrolaza M, Ferrer M, Cantó-Navés O, Cabratosa-Termes J. Un estudio sistemático de las combinaciones de materiales y coronas restauradoras para implantes dentales: caracterización de las propiedades mecánicas bajo cargas dinámicas. *Int J Mol Sci*. 2022; 23(15).
12. Ladwein C, Schmelzeisen R, Nelson K, Fluegge T, Fretwurst T. ¿La presencia de mucosa queratinizada está asociada con la salud del tejido periimplantario? Un análisis transversal clínico. *Int J implante abolladura*. 2015; 1(1).
13. Barootchi S, Mancini L, Heck T, Zucchelli G, Stefanini M, Kazarian E. Evaluación de la confiabilidad de la clasificación de las dehiscencias/deficiencias del tejido blando periimplantario facial (PSTD): un estudio multicéntrico de acuerdo entre evaluadores de profesionales de diferentes niveles de habilidad. *Journal of periodontology*. 2021 agosto; 93(8): p. 1-10.
14. Cairo F. El nivel de inserción clínica interproximal para clasificar las recesiones gingivales y predecir los resultados de cobertura radicular: un estudio exploratorio y de confiabilidad. *Journal of Clinical Periodontology*. 2011 abril; 38(7): p. 66-666.
15. Isaia F, Gyurko R, Roomian T, Hawley C. La puntuación estética de la cobertura radicular: confiabilidad intraexaminador entre estudiantes de odontología y profesores de odontología. *J Periodontol*. 2018 julio; 89(7): p. 833-839.

16. Arunyanak Sirikarn PANAMD. Clinical assessment and patient perspectives of single - tooth implant restoration in the esthetic zone of the maxilla: systematic review. The journal of prosthetic Dentistry. 2018.
17. Taylor E, Yuan J, Lee D, Harlow R, Afshari F, Knoernschild K, et al. ¿Pueden los estudiantes predoctorales proporcionar restauraciones de implantes de un solo diente en la zona estética maxilar? J Dent Educación. 2013; 78(5): p. 779-88.
18. Zucchelli G, Tavelli L, Stefanini M, Barootchi S, Mazzotti C. Clasificación de las dehiscencias/deficiencias de los tejidos blandos periimplantarios faciales en sitios de implantes únicos en la zona estética. J Periodontol. 2019 octubre; 90(10).
19. Aquije Siveroni HOS. Prevalencia de mucositis periimplantar en pacientes de la Clínica Especializada en Odontología - USMP 2001-2010. Tesis para optar por el Título Profesional. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2011.
20. Verástegui Baldárrago G. Injerto de tejido conectivo subepitelial en implantología oral: reporte de caso clínico. Rev. Odontológica Basadrina. 2019; 3(1).





ANEXO N° 1
MODELO DEL INSTRUMENTO DE
RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N°

ENUNCIADO: Concordancia en el diagnóstico de dehiscencias o deficiencias del tejido blando periimplantario facial: entre tratantes de diferentes niveles de habilidad de la clínica de la universidad Católica Santa María Arequipa 2022.

Tiene el propósito investigativo de evaluar la concordancia en el diagnóstico de los tratantes de diferentes niveles de habilidad con un cuestionario virtual que consta de 25 preguntas.

Considera que su participación será anónima y voluntaria. Teniendo conocimiento de todo lo anteriormente descrito.

¿Acepta participar en el cuestionario virtual?

- Si
 - No
-

EDAD:

GENERO: Femenino () Masculino ()

NIVEL EDUCATIVO:

- a. Pregrado – semestre 10 ()
- b. Alumno de especialidad ()
- c. Docente de post grado ()

ESPECIALIDAD:

- a. Periodoncia e implantología ()
- b. Rehabilitación Oral ()
- e. Ortodoncia ()
- f. Cirugía buco maxilo facial ()
- h. Endodoncia y cariología ()
- i. Forense y criminalística ()
- j. Radiología ()
- k. Odontopediatría ()
- l. Ninguna de las anteriores ()

CASO 1 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.

Case 1

Implant #10



Mesial papilla height: 0 mm
Distal papilla height: 0 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

CASO 2 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.

Case 2

Implant #7



Mesial papilla height: 0 mm
Distal papilla height: 0 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 3

Implant #12



Please focus on this implant only

Mesial papilla height: 3 mm
Distal papilla height: 0.5 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 4

Implant #9



Mesial papilla height: 2.5 mm
Distal papilla height: 1 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 5

Implant #21



Mesial papilla height: 2.5 mm
Distal papilla height: 2 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 6

Implant #9



Mesial papilla height: 1 mm
Distal papilla height: 1 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 7

Implant #28



Please focus on this implant only

Mesial papilla height: 2.5 mm
Distal papilla height: 0.5 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 8

Implant #10



Mesial papilla height: 2.5 mm
Distal papilla height: 2 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 9

Implant #24



Mesial papilla height: 0.5 mm
Distal papilla height: 1 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 10

Implant # 6



Mesial papilla height: 1.5 mm
Distal papilla height: 1.5 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 11

Implant #8



Mesial papilla height: 1.5 mm
Distal papilla height: 0.5 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 12

Implant #29



Mesial papilla height: 3 mm
Distal papilla height: 2 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 13

Implant #9



Mesial papilla height: 2.5 mm
Distal papilla height: 2 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 14

Implant #21



Mesial papilla height: 3.5 mm
Distal papilla height: 1 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 15

Implant #7



Mesial papilla height: 3 mm
Distal papilla height: 1.5 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 16

Implant #10



Mesial papilla height: 1 mm
Distal papilla height: 1.5 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 17

Implant #23



Mesial papilla height: 0.5 mm
Distal papilla height: 1.5 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 18

Implant #9



Mesial papilla height: 4 mm
Distal papilla height: 3.5 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 19

Implant #7



Mesial papilla height: 2.5 mm
Distal papilla height: 2 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Case 20

Implant #8



Mesial papilla height: 3 mm
Distal papilla height: 2 mm

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Mesial papilla height: 0 mm
Distal papilla height: 0 mm

Case 21

Implant # 7



- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Mesial papilla height: 0.5 mm
Distal papilla height: 0 mm

Case 22

Implant # 9



- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> I-A | <input type="radio"/> II-A | <input type="radio"/> III-A | <input type="radio"/> IV-A |
| <input type="radio"/> I-B | <input type="radio"/> II-B | <input type="radio"/> III-B | <input type="radio"/> IV-B |
| <input type="radio"/> I-C | <input type="radio"/> II-C | <input type="radio"/> III-C | <input type="radio"/> IV-C |

Mesial papilla height: 1 mm
Distal papilla height: 1 mm

Case 23

Implant #10



I-A

II-A

III-A

IV-A

I-B

II-B

III-B

IV-B

I-C

II-C

III-C

IV-C

Mesial papilla height: 3 mm
Distal papilla height: 2.5 mm

Case 24

Implant # 8



I-A

II-A

III-A

IV-A

I-B

II-B

III-B

IV-B

I-C

II-C

III-C

IV-C

Mesial papilla height: 1 mm
Distal papilla height: 2 mm

Case 25

Implant # 7



I-A

II-A

III-A

IV-A

I-B

II-B

III-B

IV-B

I-C

II-C

III-C

IV-C





ANEXO N° 2
MATRIZ DE DATOS

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

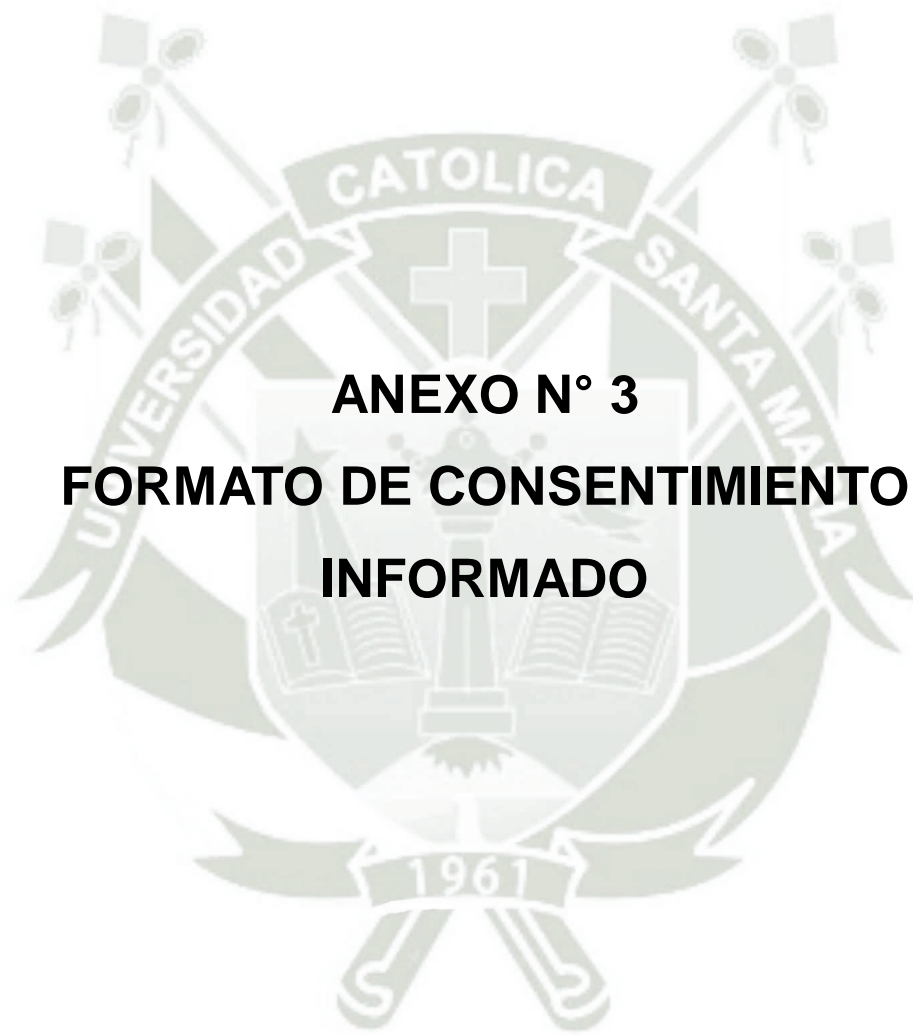
Enunciado: Coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias/deficiencias del tejido blando periimplantario facial de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2022

Edad	Genero	Nivel educativo	Marque su especialidad aunque aun este estudiando la especialidad.	NOTA FINAL	NOTA CASO 1	CASO 1 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 2	CASO 2 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 3	CASO 3 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 4	CASO 4 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 5	CASO 5	NOTA CASO 6	CASO 6 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 7	CASO 7 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 8	CASO 8 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 9	CASO 9 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 10	CASO 10 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 11	CASO 11 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 12	CASO 12 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 13	CASO 13 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 14	CASO 14 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 15	CASO 15 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 16	CASO 16 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 17	CASO 17 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 18	CASO 18 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 20	CASO 20 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 21	CASO 21 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 22	CASO 22 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 23	CASO 23 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 24	CASO 24 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.	NOTA CASO 25	CASO 25 Seleccione la opción correcta de acuerdo a la clasificación (PSTDs) explicada de CLASE y SUB CLASE.		
29	F	Alumno de especialidad	Periodoncia - implantología	16	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	0	III-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B	0	II-B
19	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	16	1	IV-C	0	IV-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	0	II-B	1	I-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	0	II-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B		
18	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	16	1	IV-C	0	IV-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	0	I-C	1	I-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	0	II-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B		
21	M	Pre grado - semestre 10	Periodoncia - implantología	8	1	IV-C	0	III-A	0	II-B	1	II-B	0	III-B	0	I-C	0	II-B	1	IV-B	0	III-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	0	IV-B	0	III-C	0	IV-C	0	III-A	0	III-B	0	I-C	0	IV-C	1	I-B	0	III-B	0	III-C		
19	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	10	1	IV-C	0	IV-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-B	0	I-B	1	II-B	0	I-B	0	II-A	1	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-B	0	III-A	1	I-B	0	III-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B
22	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	9	1	IV-C	0	IV-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-B	0	I-B	0	II-A	0	I-B	0	II-A	1	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-B	0	III-A	1	I-B	0	III-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B
22	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	9	1	IV-C	0	IV-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-B	0	I-B	0	II-A	0	I-B	0	II-A	1	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-B	0	III-A	1	I-B	0	III-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B
19	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	8	0	III-C	0	IV-C	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-B	0	I-B	1	II-B	0	I-B	0	II-A	1	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-B	0	III-A	1	I-B	0	III-C	1	II-C	0	II-C	1	I-B	0	II-B
19	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	10	1	IV-C	0	IV-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	0	I-B	0	II-B	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	I-B	0	II-A	0	I-C	0	IV-B	0	II-B	1	IV-A	1	I-B	0	III-C	0	III-C	0	II-C	0	II-B	0	III-B	0	III-B
27	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	6	1	IV-C	1	III-C	0	III-B	0	III-C	1	II-B	0	II-C	1	II-C	0	III-B	0	III-B	0	III-B	0	III-B	0	III-B	0	II-B	0	III-B	0	III-B	1	III-B	0	III-C	1	IV-A	0	III-B	0	IV-C	0	I-C	0	II-B	0	I-C	0	IV-B	0	IV-B
40	F	Docente pre grado	Radiología	15	1	IV-C	0	IV-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	0	II-C	1	II-C	0	II-B	1	II-C	0	II-C	0	I-C	1	II-B	0	I-B	0	II-C	1	II-B	0	IV-B	0	II-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	1	I-B	1	I-B	0	II-B		
23	M	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	12	1	IV-C	0	IV-C	1	I-C	0	II-A	0	II-A	1	II-B	1	II-C	0	II-A	1	II-C	0	I-A	1	I-C	1	II-B	0	I-A	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	0	II-C	1	IV-A	0	I-A	1	II-C	0	I-C	1	I-B	0	I-A	0	II-B		
22	F	Pre grado - semestre 10	Radiología	14	1	IV-C	0	IV-C	1	I-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	II-B	0	II-C	0	II-A	1	I-B	0	I-C	0	I-C	1	I-B	1	I-B	0	II-B		
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	15	1	IV-C	0	IV-C	1	I-C	0	I-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	0	I-C	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	II-B	0	II-B	1	I-C	0	II-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-C	1	I-B	0	II-B
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	13	1	IV-C	0	IV-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-C	1	IV-B	0	IV-B	1	I-B	1	I-C	0	IV-B	0	I-B	0	IV-B	0	IV-B	0	IV-B	0	IV-B	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	0	I-C	1	I-B	1	I-B	1	I-B		
27	F	Alumno de especialidad	Rehabilitación oral	8	1	IV-C	0	IV-C	1	I-C	0	I-A	0	IV-A	0	I-B	0	IV-A	1	IV-B	0	IV-C	0	I-C	1	I-C	0	I-C	0	I-B	0	IV-C	0	IV-C	0	IV-B	0	IV-B	0	I-B	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B
38	F	Alumno de especialidad	Rehabilitación oral	8	1	IV-C	0	IV-C	1	I-C	0	I-A	0	IV-A	0	I-B	0	IV-A	1	IV-B	0	IV-C	0	I-C	1	I-C	0	I-C	0	I-B	0	IV-C	0	IV-C	0	IV-B	0	IV-B	0	I-B	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	16	1	IV-C	0	IV-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	0	II-C	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	0	I-C	1	I-B	1	I-B	0	II-B
20	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	16	1	IV-C	0	IV-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	0	II-C	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	0	I-C	1	I-B	1	I-B	0	II-B
57	F	Docente especialidad	Ninguna de las anteriores	16	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	0	II-B	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B		
26	M	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	10	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	0	II-C	1	II-C	0	I-B	0	I-C	0	I-A	1	I-C	1	II-B	0	II-B	0	II-C	1	II-B	0	IV-B	0	II-B	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	0	I-C	0	I-C	0	I-C	0	II-B		
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	16	0	IV-B	0	II-C	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	1	IV-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	0	III-A	1	I-B	0	I-C	0	I-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B
22	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	16	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-C	0	II-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	0	I-C	1	I-B	1	I-B	1	I-B		
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	15	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	0	I-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	III-C	0	II-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	0	I-C	1	I-B	1	I-B	1	I-B		
23	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	15	1	IV-C	0	IV-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	0	III-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	0	III-C	0	III-A	1	I-B	0	I-C	0	I-C	0	I-C	1	I-B	1	I-B
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	10	1	IV-C	0	III-A	0	II-C	1	II-B	1	II-B	0	III-C	0	II-B	0	II-B	1	II-C	0	II-B	0	II-C	1	II-B	0	II-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	0	II-C	1	IV-A	0	II-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	0	II-B	0	II-B		
19	M	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	5	0	II-C	0	II-C	0	I-A	0	IV-B	0	I-B	0	I-B	0	III-B	0	II-B	0	I-C	1	I-B	0	I-B	1	II-B	0	I-B	1	II-B	0	I-B	0	I-B	1	I-C	0	II-A	0	IV-A	0	III-C	0	I-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B		
19	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	11	0	II-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	IV-C	0	II-B	1	I-B	0	III-A	0	I-B	0	I-B	0	II-C	1	II-B	0	II-B	0	II-B	0	I-B	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	0	I-C	1	I-B	1	I-B	0	II-B
59	M	Docente especialidad	Rehabilitación oral	15	1	IV-C	1	III-C	0	II-C	1	II-B	0	I-C	1	II-B	0	I-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	0	II-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B		
24	M	Alumno de especialidad	Odontopediatría	17	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	0	I-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B		
50	F	Docente especialidad	Cirugía buco maxilo facial	17	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	0	I-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1									

19	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	19	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	0	II-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	1	I-B	1	I-B	1	I-B				
29	M	Alumno de especialidad	Periodoncia - implantología	16	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	0	III-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B				
20	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	20	1	IV-C	1	III-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	0	II-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	1	I-B	1	I-B	0	IV-A				
20	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	18	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	0	II-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	0	I-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	1	I-B	1	I-B	1	I-B				
19	F	Alumno de especialidad	Ortodoncia	16	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	0	III-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B				
19	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	16	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	0	III-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B				
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	17	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	0	III-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-C	1	I-B	1	I-B				
19	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	16	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	0	III-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B				
19	M	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	21	1	IV-C	1	III-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	0	II-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	1	I-B	1	I-B	1	I-B				
23	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	16	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	0	III-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B				
39	M	Alumno de especialidad	Periodoncia - implantología	16	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	0	II-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B				
18	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	16	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	0	III-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B				
18	M	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	16	1	IV-C	0	II-B	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	0	III-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B				
25	M	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	1	0	III-A	0	III-A	0	II-C	0	I-C	0	I-C	0	I-C	0	I-C	1	IV-B	0	III-B	0	II-C	0	III-A	0	I-C	0	III-A	0	IV-A	0	III-A	0	II-B	0	IV-A	0	I-C	0	II-A	0	II-A	0	I-B	0	IV-A	0	II-A	0	I-A				
23	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	2	0	II-A	0	II-A	0	III-A	0	IV-A	0	I-A	0	I-B	0	I-A	0	I-A	0	I-C	1	I-B	0	I-B	0	I-A	0	IV-A	0	II-A	0	IV-A	0	IV-A	0	IV-A	0	IV-A	0	IV-A	1	IV-A	0	I-A	0	II-B	0	I-B	0	I-C	0	III-A	0	III-A
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	0	0	I-A	0	I-C	0	II-B	0	II-A	0	II-C	0	II-A	0	IV-A	0	III-A	0	II-A	0	IV-C	0	II-B	0	IV-B	0	I-C	0	III-B	0	II-A	0	II-B	0	II-C	0	II-A	0	II-A	0	I-A	0	I-C	0	III-A	0	IV-B	0	I-C				
20	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	3	0	II-A	0	I-A	0	II-C	0	III-C	0	IV-A	0	IV-C	0	I-C	0	III-B	0	I-B	1	I-B	0	IV-C	0	III-A	0	III-B	0	I-A	0	IV-B	0	III-A	0	III-C	1	IV-A	0	IV-A	1	II-C	0	IV-B	0	IV-A	0	III-B	0	I-C				
23	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	6	1	IV-C	1	III-C	1	I-C	0	II-C	0	III-A	0	IV-A	0	II-A	0	III-A	0	I-B	0	II-C	0	III-C	0	I-A	0	III-C	1	II-B	0	I-A	1	III-B	0	I-B	0	II-A	0	III-C	0	I-C	1	II-C	0	III-A	0	I-C	0	I-A				
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	5	1	IV-C	1	III-C	0	II-A	0	III-B	1	II-B	0	I-C	0	I-B	0	II-B	0	II-A	0	III-C	1	I-C	0	III-B	0	III-B	0	III-A	0	II-A	0	II-C	0	IV-A	0	III-B	1	I-B	0	III-A	0	III-C	0	III-B	0	IV-B	0	III-A				
22	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	16	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	0	III-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B				
23	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	4	1	IV-C	1	III-C	0	II-C	0	II-A	0	I-C	0	IV-A	0	III-B	0	II-A	0	II-B	0	III-C	1	I-C	0	I-B	0	III-A	0	III-B	0	IV-C	0	I-C	0	II-C	0	IV-C	0	I-C	0	I-C	1	II-C	0	II-A	0	I-C	0	IV-A				
30	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	0	0	II-C	0	II-A	0	I-B	0	II-C	0	IV-B	0	II-C	0	III-C	0	I-A	0	III-A	0	IV-B	0	II-C	0	III-A	0	IV-A	0	I-C	0	I-C	0	III-C	0	III-B	0	I-B	0	III-B	0	IV-B	0	II-A	0	IV-A	0	III-C	0	II-B				
22	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	6	1	IV-C	1	III-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	0	II-C	0	III-B	0	I-A	0	III-A	0	III-C	0	III-A	0	I-C	0	II-A	0	IV-B	0	III-C	0	I-C	0	II-A	0	I-A	0	III-A	0	I-A	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	IV-C				
20	M	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	1	0	II-B	0	I-B	0	II-A	0	III-C	0	III-C	1	II-B	0	IV-A	0	IV-C	0	II-A	0	II-C	0	III-C	0	III-A	0	III-B	0	II-A	0	IV-A	0	III-A	0	III-A	0	I-C	0	IV-A	0	I-C	0	II-B	0	I-A	0	III-A	0	IV-A				
21	M	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	16	1	IV-C	1	III-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	0	III-B	0	II-B	1	IV-B	0	IV-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	I-B	0	III-B	0	IV-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B				
24	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	6	1	IV-C	1	III-C	1	I-C	1	II-B	0	II-C	0	II-C	1	II-C	0	II-A	0	I-A	0	III-C	0	III-B	0	I-C	0	IV-A	0	II-A	0	III-B	1	III-B	0	IV-C	0	III-A	0	II-B	0	IV-A	0	IV-B	0	II-A	0	IV-B	0	II-B				
21	M	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	13	0	I-A	1	III-C	1	I-C	0	IV-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	1	IV-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	II-C	1	II-B	1	II-B	0	II-C	0	II-B	0	II-C	0	II-C	0	II-B	1	II-C	0	II-A	0	II-C	0	II-C				
23	M	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	18	0	II-C	1	III-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	0	II-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B				
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	3	1	IV-C	1	III-C	0	II-B	0	II-C	1	II-B	0	III-A	0	IV-A	0	III-B	0	III-B	0	I-C	0	III-B	0	IV-A	0	III-C	0	IV-A	0	IV-B	0	III-A	0	II-C	0	II-B	0	II-B	0	III-A	0	III-A	0	III-B	0	I-C	0	III-C				
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	16	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	0	III-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B				
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	9	1	IV-C	1	III-C	0	III-C	0	III-B	1	II-B	0	III-B	0	I-C	1	IV-B	0	IV-B	0	I-A	1	I-C	1	II-B	0	I-B	0	IV-B	1	II-B	0	II-B	0	II-B	1	IV-A	0	III-B	1	II-C	0	III-C	0	III-B	0	III-B	0	III-B				
22	M	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	3	0	IV-B	0	II-B	0	I-B	0	I-C	0	II-A	1	II-B	0	III-A	0	I-C	0	II-B	0	II-C	0	III-A	0	III-B	0	II-B	0	I-C	0	III-C	1	III-B	0	I-B	0	I-C	0	III-B	0	IV-B	0	II-B	1	I-B	0	III-B	0	III-A				
27	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	4	0	II-B	0	III-B	1	I-C	1	II-B	1	II-B	0	II-A	0	I-C	0	II-A	0	II-A	0	II-C	0	I-A	0	II-A	0	I-B	0	II-C	0	II-C	0	II-C	0	II-C	0	II-C	0	II-A	1	I-B	0	III-B	0	II-B	0	II-B	0	III-A	0	III-C		
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	14	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	II-C	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	0	III-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	I-C	0	IV-B	1	I-B	0	IV-B	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B				
22	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	8	1	IV-C	1	III-C	0	II-C	0	I-C	1	II-B	0	III-B	1	II-C	0	I-B	0	II-B	1	I-B	1	I-C	0	I-B	0	I-B	0	I-B	0	I-B	0	IV-B	0	II-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	0	I-C	0	I-C	0	I-A	0	II-B				
21	F	Pre grado - semestre																																																						

20	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	18	1	IV-C	0	III-B	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	0	II-B	0	I-C	0	I-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B				
20	M	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	18	0	II-B	0	II-B	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	0	I-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B				
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	18	1	IV-C	1	III-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	0	II-B	1	IV-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	I-C	0	II-C	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B		
19	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	20	1	IV-C	1	III-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	1	II-C	1	IV-B	0	I-B	1	I-C	1	II-B	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B		
19	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	20	1	IV-C	1	III-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	1	II-C	1	IV-B	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	0	I-B	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B		
20	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	21	1	IV-C	1	III-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	1	II-C	1	IV-B	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B		
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	20	0	IV-A	1	III-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	1	II-C	1	IV-B	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B		
22	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	13	0	I-C	0	I-C	0	II-C	0	III-B	0	III-C	0	III-A	0	I-C	0	II-B	0	III-A	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	1	II-C	1	I-B	1	I-B	1	I-B		
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	20	1	IV-C	0	II-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	1	II-C	1	IV-B	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B		
20	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	21	1	IV-C	1	III-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	1	II-C	1	IV-B	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B		
20	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	19	0	I-C	1	III-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	1	II-C	1	IV-B	1	I-B	1	I-C	0	I-B	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B		
19	F	Alumno de especialidad	Odontopediatría	10	0	I-B	0	I-C	0	II-A	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	0	I-B	0	I-C	0	II-B	0	I-C	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	0	II-B	1	IV-A	0	II-B	0	I-C	1	II-C	0	II-B	0	II-B	0	III-B				
21	M	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	19	0	IV-A	0	III-A	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	1	II-C	1	IV-B	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B		
22	M	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	20	1	IV-C	1	III-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	1	II-C	1	IV-B	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	0	I-B	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B		
20	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	6	0	II-B	0	II-B	0	I-A	0	II-A	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	0	I-B	0	II-B	0	II-B	0	I-A	1	II-B	0	I-B	0	I-B	1	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-B	0	II-B	0	I-A	0	II-B	0	II-B				
21	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	21	1	IV-C	1	III-C	1	I-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	1	II-C	1	IV-B	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B		
19	F	Alumno de especialidad	Periodoncia - implantología	17	0	IV-A	0	II-C	1	I-C	1	II-B	0	III-B	1	II-B	0	IV-C	1	IV-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B		
21	F	Alumno de especialidad	Periodoncia - implantología	17	0	IV-A	0	II-C	1	I-C	1	II-B	0	III-B	1	II-B	0	IV-C	1	IV-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	II-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	1	I-B		
20	M	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	14	0	IV-A	0	IV-A	0	I-B	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	I-B	0	I-B	0	I-B	0	I-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	0	I-C	0	I-C	1	I-B	1	I-B	1	I-B		
37	M	Alumno de especialidad	Periodoncia - implantología	19	1	IV-C	1	III-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	1	II-C	1	IV-B	1	I-B	1	I-C	1	II-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	1	III-B	1	I-C	1	IV-A	0	II-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	0	II-B	1	I-B		
37	F	Docente pre grado	Endodoncia y cariólogía	11	1	IV-C	0	IV-C	0	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	II-B	0	IV-C	1	IV-B	0	IV-C	1	I-B	1	I-C	0	IV-B	0	I-B	1	II-B	0	IV-B	0	IV-B	0	II-C	0	II-A	1	I-B	0	IV-C	0	I-C	1	I-B	1	I-B	1	I-B		
18	F	Pre grado - semestre 10	Ninguna de las anteriores	16	1	IV-C	0	IV-C	0	II-C	1	II-B	1	II-B	1	II-B	1	IV-B	0	II-B	1	II-C	1	I-B	1	I-C	0	III-B	0	I-B	1	II-B	1	II-B	1	II-B	0	IV-B	1	I-C	1	IV-A	1	I-B	1	II-C	1	II-C	0	II-B	1	I-B	0	II-B
289	7225			231		118		142		218		245		230		228		121		223		232		211		159		3		223		208		141		206		230		228		173		215		104		186		91				





ANEXO N° 3
FORMATO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe _____ hace

constar que da su consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación que presenta la Srta. **Zaynifer Maryori Manrique Chalco**, de la Facultad de Odontología titulada **Coincidencia en el diagnóstico de dehiscencias/deficiencias del tejido blando periimplantario facial de los participantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2022.**, con fines de obtención del Título de Segunda Especialidad en Periodoncia e Implantología.

Declaro que, como sujeto de investigación, he sido informado exhaustiva y objetivamente sobre la naturaleza, los objetivos, los alcances, fines y resultados de dicho estudio.

Asimismo, he sido informado convenientemente sobre los derechos que como unidad de estudio me asisten, en lo que respecta a los principios de beneficencia, libre determinación, privacidad, anonimato y confidencialidad de la información brindada, trato justo y digno, antes, durante y posterior a la investigación.

En fe de lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento, firmamos:

Investigadora

Investigado (a)

Arequipa,



ANEXO N° 4
TABLA DE RESPUESTAS

TABLA DE RESPUESTAS



Lorenzo
Tavelli, DDS,
MS Assistant
Professor,

Department of Oral Medicine, Infection, and Immunity, Division of Periodontology, Harvard School of Dental
Medicine (HSDM)

188 Longwood Avenue

02115 Boston, MA, USA

+1 (734) 604-4364

Diplomate, American Board of Periodontology

COINCIDENCIA EN EL DIAGNOSTICO DE DEHISCENCIAS /DEFICIENCIAS DEL TEJIDO BLANDO PERIMPLANTARIO FACIAL DE LOS PARTICIPANTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍ

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE INTERNET

11%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Costa, D.. "Microsolvation of glycine by silanol ligands: A DFT study", Journal of Molecular Structure: THEOCHEM, 20070331 Publicación	11%
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	3%
3	"Simulación de agentes aplicado al estudio de ejercicio de poder de mercado en el sistema eléctrico", Pontificia Universidad Catolica de Chile, 2022 Publicación	<1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado