

El injerto de tejido conectivo completamente sumergido bajo colgajo de reposición coronal (abordaje frontal)

Técnica para el tratamiento de recesiones gingivales múltiples en incisivos y caninos superiores



Ciencia y práctica



Doctor en Odontología por la Universidad Complutense de Madrid (UCM).
Máster en Periodoncia y especialista en Osteointegración por la UCM.
Práctica exclusiva en Periodoncia e Implantes en clínica ortoPerio, Murcia.

Dr. David González Fernández

Introducción

En el número 153 de MAXILLARIS (abril de 2012) publicamos el artículo “El injerto de tejido conectivo completamente sumergido (abordaje lateral)”. Esa técnica era válida cuando las recesiones abarcaban del segundo premolar derecho al segundo premolar izquierdo. En este caso, describiremos “El injerto de tejido conectivo completamente sumergido (abordaje frontal)”, que es la técnica de elección cuando la recesión abarca únicamente los incisivos y los caninos superiores.

El tratamiento de las recesiones gingivales por hipersensibilidad radicular o motivos estéticos es una de las mayores preocupaciones de los pacientes con niveles altos de higiene oral¹.

El máximo objetivo de la cirugía plástica periodontal es la cobertura de la recesión gingival y la integración óptima del tejido injertado a la encía adyacente original^{2,3}.



Figs. 1-3. Aspectos frontal y laterales de las recesiones gingivales desde el 1.3 al 2.3.

Algunos estudios han obtenido buenos resultados en el tratamiento de las recesiones gingivales múltiples mediante el uso de colgajos de reposición coronal^{4,5,6}. Sin embargo, si a este colgajo le agregamos un injerto de tejido conectivo subepitelial, se aumentarán las posibilidades de obtener cobertura radicular completa, así como de obtener un tejido blando ligeramente más grueso y resistente a recidivas de recesión gingival^{7,8}.

Para el tratamiento de recesiones gingivales múltiples, abarcando desde dientes anteriores hasta premolares, en la técnica del colgajo de reposición coronal de Zucchelli se utiliza, usualmente, como diente eje el canino superior (abordaje lateral). En este caso, las incisiones se hacen oblicuas, bien hacia mesial o bien hacia distal, a partir del canino superior⁴.

Cuando las recesiones gingivales abarcan únicamente los incisivos y los caninos superiores, Zucchelli recomienda un colgajo de reposición coronal mediante abordaje fron-

tal⁹. En este caso, el eje es la papila central de los incisivos superiores, la cual no se levanta, y las incisiones discurrirán oblicuas hacia distal de ésta, abarcando hasta la papila distal del canino.

Objetivos

El presente artículo trata de exponer, paso a paso, la técnica del colgajo de reposición coronal, combinada con injerto de tejido conectivo completamente sumergido en un abordaje frontal. Esta técnica permite tratar, en una sola cita, recesiones gingivales avanzadas múltiples presentes en incisivos y caninos superiores.

Paciente y métodos

Mujer de 28 años, no fumadora y sin signos de enfermedad periodontal ni antecedentes médicos relevantes, acude a la consulta presentando recesiones gingivales tipo I de Miller, de 3 mm, del 1.3 al 2.3.

Procedimiento quirúrgico

Se levantó un colgajo a espesor parcial, con incisiones intrasulculares a nivel del cénit dental y oblicuas orientadas hacia distal, a la altura del tejido blando interdental. Estos cortes se utilizaron como eje la papila incisiva central, que se mantenía íntegra. El colgajo se extendía hasta la papila distal de ambos caninos superiores. Se levantó más apical a la línea mucogingival y se eliminó cualquier tensión mediante incisiones a periostio, lo que permitía una reposición coronal que cubría por completo las superficies radiculares. Se desepitelizaron cuidadosamente las papilas interdenciales.

Al tener preparado el colgajo, se obtuvieron dos injertos de tejido conectivo subepitelial de ambos lados del paladar, que se adaptaron a las superficies radiculares a nivel de la línea amelocementaria. Tras la estabilización del injerto de tejido conectivo con suturas, se procedió a la reposición coronal del colgajo. Nos aseguramos de que el injerto de tejido conectivo quedara completamente sumergido. El colgajo se fijó con suturas suspensorias dentoancladas. Tras la cirugía, se prescribió como medicación antiséptica dos enjuagues, de 30 segundos al día durante un mes, con clorhexidina.



Fig. 4. Aspecto de las recesiones del 1.3 al 1.1.



Fig. 5. Incisiones oblicuas orientadas, de línea ángulo, por mesial al cénit de la recesión por distal, tomando como eje la papila incisiva central.

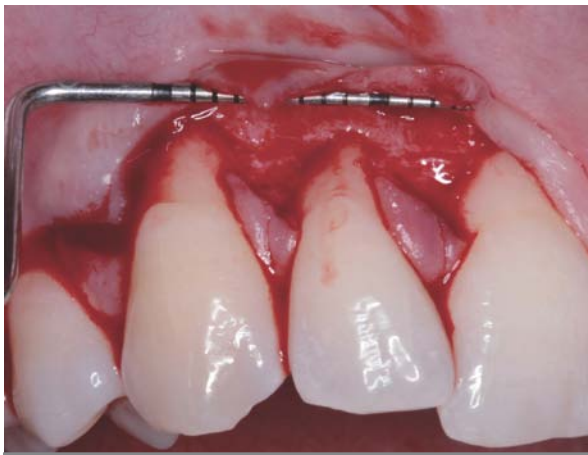


Fig. 6. Levantamiento de un colgajo a espesor parcial.

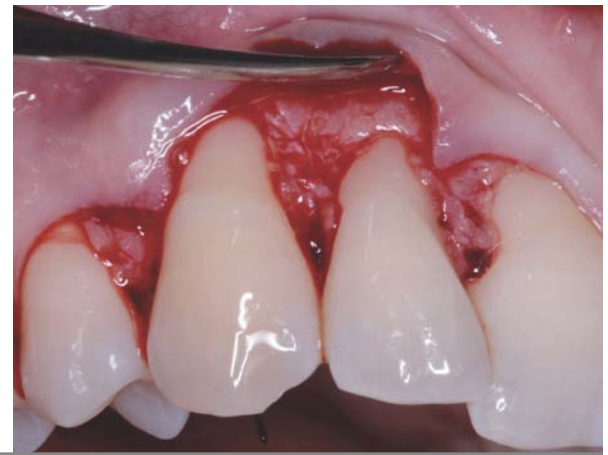


Fig. 7. Desepitelización de las papilas.

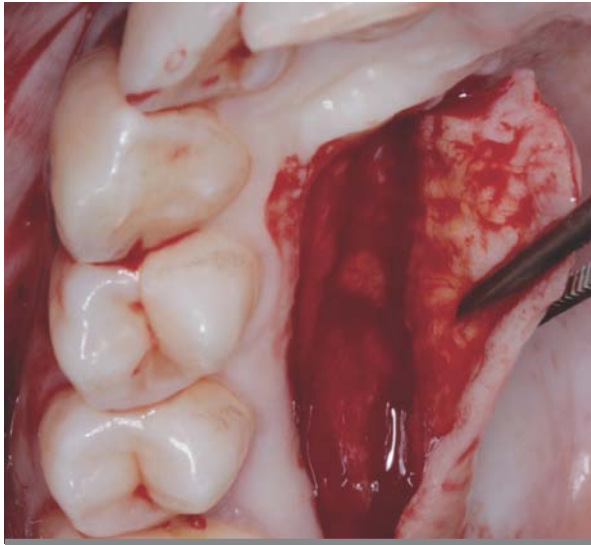


Fig. 8. Obtención de un injerto de tejido conectivo subepitelial del lado derecho del paladar.



Fig. 9. Colocación del injerto sobre los dientes a tratar (1.1, 1.2 y 1.3). Obsérvese el tamaño del injerto.



Fig. 10. Introducción del injerto de tejido conectivo dentro del lecho receptor. Se puede apreciar la fijación del injerto.



Fig. 11. Reposición coronal del colgajo, con cobertura total del injerto de tejido conectivo.



Fig. 12. Aspecto de las recesiones del 2.1 al 2.3.



Fig. 13. Incisiones oblicuas orientadas, de línea ángulo, por mesial al cénit de la recesión por distal, tomando como eje la papila incisiva central.



Fig. 14. Levantamiento de un colgajo a espesor parcial.



Fig. 15. Deseptelización de las papilas.

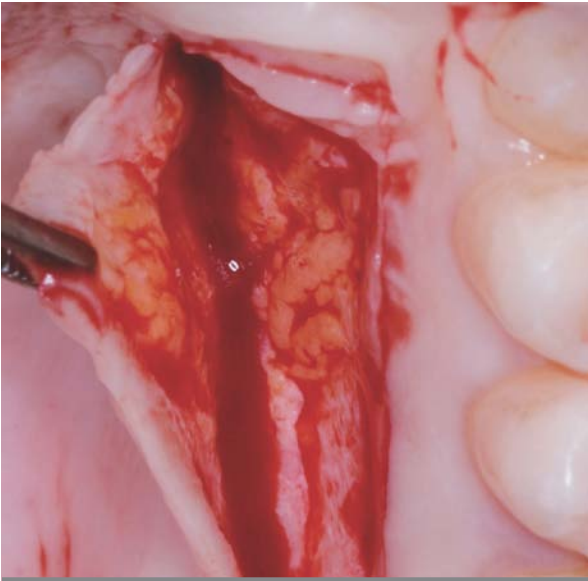


Fig. 16. Obtención de un injerto de tejido conectivo subepitelial del lado izquierdo del paladar.



Fig. 17. Colocación del injerto sobre los dientes a tratar (2.1, 2.2 y 2.3). Obsérvese el tamaño del injerto.



Fig. 18. Introducción del injerto de tejido conectivo dentro del lecho receptor. Se puede apreciar la fijación del injerto.



Fig. 19. Reposición coronal del colgajo, con cobertura total del injerto de tejido conectivo.



Fig. 20. Vista frontal del área operada del 1.3 al 2.3. Obsérvese la reposición coronal del colgajo, cubriendo totalmente ambos injertos de tejido conectivo subepitelial con la perfecta adaptación de todos los márgenes, especialmente a nivel de las papilas.

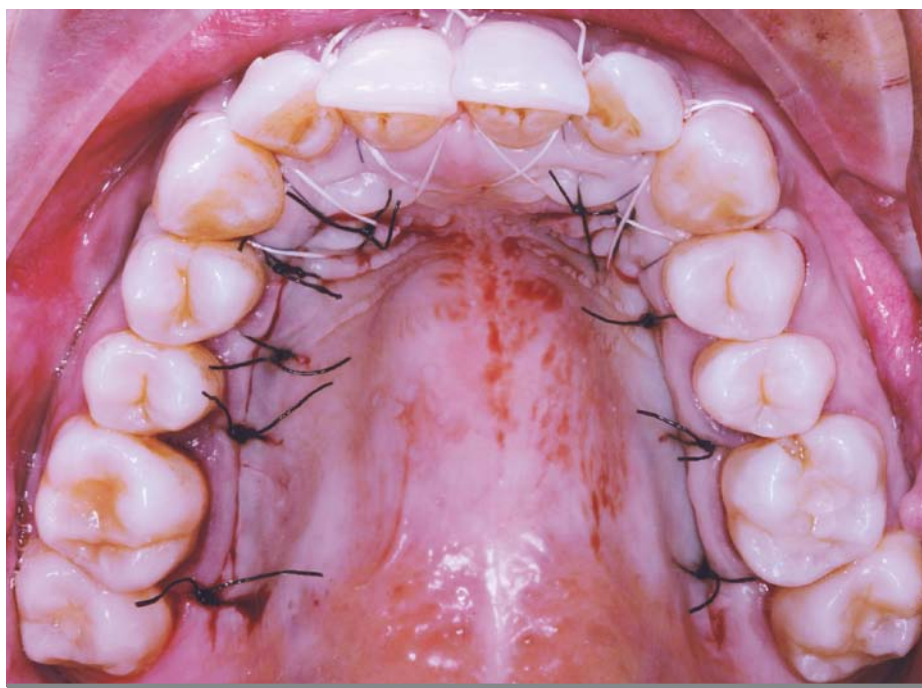


Fig. 21. Aspecto del paladar. Véase la extensión de las zonas donantes, desde ambos caninos a los respectivos primeros molares.



Fig. 22. Aspecto de la cicatrización del área operada a la semana. Vista frontal.

Resultados

La cicatrización, tanto del paladar como del área injertada, se produjo sin complicaciones (figs. 23 y 24).

Al momento de retirar las suturas, se observó una cobertura radicular completa.

Un año después, los resultados eran totalmente estables, sin presencia de bolsas periodontales. Nos encontramos ante un caso con un 100% de éxito, con cobertura completa de las recesiones gingivales y un color totalmente mimetizado con el original en las zonas anteriormente expuestas.

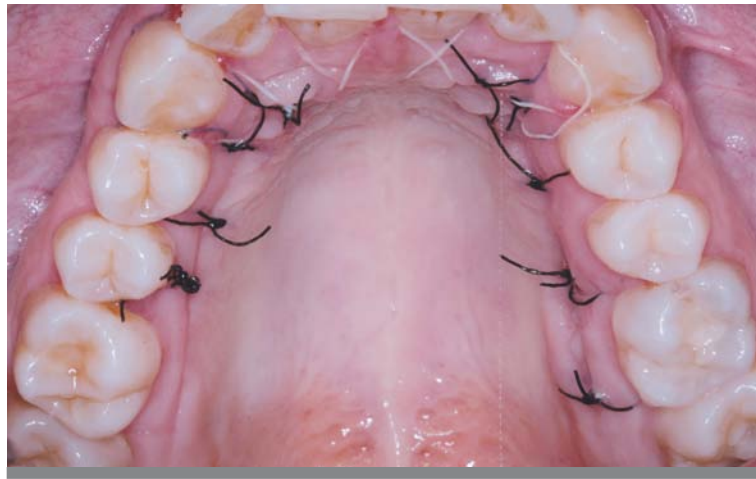


Fig. 23. Aspecto de la cicatrización del paladar a la semana.



Figs. 24 a 26. Aspectos laterales, derecho e izquierdo, y frontal del sector anterior operado (del 1.3 al 2.3) un año después de la cirugía. Obsérvese la cobertura del 100% de las recesiones gingivales.

Discusión y conclusión

La técnica descrita tiene como principal ventaja un efecto sinérgico entre el colgajo de reposición coronal y el injerto de tejido conectivo subepitelial, lo que dio como resultado la cobertura del 100% de la dentina coronal expuesta, con un biotipo periodontal más grueso y estético. Otra ventaja es la ausencia de cicatrices, al no haber incisiones verticales de descarga.

Autores como Pini Prato y Cortellini⁸ advierten del peligro de recidiva a largo plazo cuando solamente se hace colgajo de reposición coronal, tal y como preconiza Zucchelli⁴, por lo que ellos recomiendan el uso de injerto de tejido conectivo como refuerzo al colgajo de reposición coronal. ■

Bibliografía

1. American Academy of Periodontology. *Consensus report on mucogingival therapy. Proceedings of the World Workshop in Periodontics*. Annals of Periodontology. 1996; 1: 702–706.
2. Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. *Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures. A systematic review*. Journal of Clinical Periodontology. 2008; 35 (Suppl. 8); 136–162.
3. Cairo F, Rotundo, R, Miller PD, Pini-Prato GP. *Root coverage esthetic score: a system to evaluate the esthetic outcome of the treatment of gingival recession through evaluation of clinical cases*. Journal of Clinical Periodontology. 2009; 80; 705–710.
4. Zucchelli G, De Sanctis M. *Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands*. Journal of Periodontology. 2000; 71; 1506–1514.
5. Zucchelli G, De Sanctis M. *Longterm outcome following treatment of multiple Miller class I and II recession defects in esthetic areas of the mouth*. Journal of Periodontology. 2005; 76; 2286–2292.
6. Zucchelli G, Mele M, Mazzotti C, Marzadori M, Montebugnoli L, De Sanctis M. *Coronally advanced flap with and without vertical releasing incisions for the treatment of multiple gingival recessions. A comparative controlled randomized clinical trial*. Journal of Periodontology. 2009; 80; 1083–1094.
7. Da Silva RC, Joly JC, De Lima A, Tatakis D. *Root coverage using the coronally positioned flap with or without a subepithelial connective tissue graft*. Journal of Periodontology. 2004; 75; 413–419.
8. Pini-Prato GP, Cairo F, Nieri M, Franceschi D, Rotundo R, Cortellini P. *Coronally advanced flap versus connective tissue graft in the treatment of multiple gingival recessions: a split-mouth study with a 5-year follow-up*. J. Clin. Periodontol. 2010; 37; 644–650.
9. Zucchelli G, De Sanctis M. *The coronally advanced flap for the treatment of multiple recession defects: a modified surgical approach for the upper anterior teeth*. Journal of the International Academy of Periodontology. 2007; 9 (3); 96–103.