

El injerto de tejido conectivo subepitelial sumergido bajo colgajo de reposición coronal: Técnica de cirugía plástica periodontal para el tratamiento de recesiones gingivales severas y anatómicamente desfavorables

Dr. David González

Doctor en Odontología por la Universidad Complutense de Madrid
Master en Periodoncia por la Universidad Complutense de Madrid
Especialista en Osteointegración por la Universidad Complutense de Madrid
Práctica exclusiva en Periodoncia e Implantes en clínica ortoPerio, Murcia

Correspondencia:

Dr. David González Fernández · Clínica ortoPerio · Centro Comercial Centrofama, 1ª planta
Ayda. Tte. Gral. Gutiérrez Mellado, 9 · 30008 Murcia · www.ortoperio.net · Tel. 968-205434



DIVULGACIÓN

INTRODUCCIÓN

La recesión gingival es el desplazamiento de la encía marginal a una posición apical a la línea amelocementaria (1). Aunque su principal factor etiológico es la placa bacteriana (2, 3), la recesión gingival puede encontrarse también en pacientes con buena higiene. Un factor etiológico frecuente es el uso de movimientos ortodónticos incontrolados especialmente en sentido vestibular. Este factor es más grave cuando los dientes sometidos a estas fuerzas poseen un biotipo periodontal fino o incluso presentan dehiscencias óseas alveolares. (4, 5, 6, 7).

El objetivo principal de la cirugía plástica periodontal es obtener una

cobertura radicular completa con estética óptima de la encía. Los procedimientos que tienen como objetivo la cobertura de recesiones gingivales localizadas muestran resultados exitosos en casos de recesiones tipo I y II de Miller (Rocuzzo 2002, Cairo 2008, Chambrone 2009). En las últimas décadas, se han desarrollado diferentes técnicas para la obtención de cobertura radicular en casos de recesiones múltiples contiguas derivadas fundamentalmente de la técnica de injerto de tejido conectivo convencional de Langer & Langer (1.985), aunque también derivan del colgajo de reposición coronal (Zucchelli & De Sanctis 2.000, 2.005) y de la técnica de túnel (Allen 1.994, Azzi & Etienne 1.998, Zabalegui

1.999, Tozum & Dini 2.003). El uso de técnicas de microcirugía (Zuhr 2.007) y la cobertura completa del injerto (Azzi & Etienne 1.999) aumentan la predictibilidad de dichos procedimientos. Sin embargo, todos estos estudios evalúan el tratamiento de recesiones tipo I y II con resultados muy exitosos.

Tradicionalmente, basándose en la clasificación de Miller (8), el pronóstico del tratamiento quirúrgico de la recesión gingival va a estar condicionado por el nivel interproximal de los tejidos duros y blandos (8). Según la clasificación de Miller siempre que el hueso interproximal del diente con recesión gingival esté íntegro se logrará una cobertura radicular completa. Sin embargo, esta clasificación tiene

ASPECTO PREQUIRÚRGICO



Figs. 1, 2 y 3. Aspecto de las recesiones gingivales a nivel de caninos superiores. La recesión en 13 media 8 mm y en 23 era de 3 mm. Obsérvese la vestibularización de la raíz del 13.



PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO



Figs. 4 y 5. Incisiones a espesor parcial a nivel de caninos superiores.



Figs. 6 y 7. Creación del lecho receptor a espesor parcial en ambos caninos superiores. El espesor parcial evita el riesgo de lesión del paquete vesclonervioso apical del 13.



Figs. 8 y 9. Obtención de un injerto de tejido conectivo subepitelial de cada lado del paladar.

algunos sesgos, como por ejemplo que no toma en cuenta la anchura y la longitud de la recesión. Una recesión muy ancha será mucho más difícil de cubrir que una estrecha, pues el área radicular avascular a cubrir será mayor. Otro factor que la clasificación de Miller no considera es la convexidad radicular. Finalmente, un factor a menudo ignorado en la literatura es la situación vestibularizada de la raíz: cuanto más fuera del “contorno alveolar”, es decir, cuanto más prominentemente hacia vestibular esté situada la raíz con recesión, más difícil será su cobertura.

Objetivo:

Presentar un caso en que se ha tratado con éxito recesiones profundas y anchas en ambos caninos superiores, cuyo origen ha sido una expansión totalmente incontrolada debido a un “tratamiento ortodóntico” llevado a cabo por un intrusista (protésico dental).

Paciente y métodos

Mujer de 24 años, con higiene oral excelente y presentando recesiones gingivales a nivel de caninos superiores (Figs. 1, 2 y 3).

Factores anatómicos condicionantes del tratamiento

Las recesiones gingivales eran muy severas, especialmente la del 13; esta recesión además de ser muy ancha, se extendía casi hasta el ápice; la raíz del 13 estaba en una posición muy vestibularizada, situada prácticamente fuera del contorno de los dientes adyacentes. Debido a la situación anteriormente mencionada el pronóstico del tratamiento de esta recesión desde un punto de vista anatómico era sumamente desfavorable.

Procedimiento quirúrgico

1 hora antes de la cirugía se administró al paciente 2 gramos de Amoxi-Gobens (Laboratorios Normon). Se realizó un lecho receptor consistente en un colgajo a

espesor parcial a nivel de 13 y 23 (Figs. 4, 5, 6 y 7) hasta llegar a una profundidad de 10 mm apical a la línea mucogingival y extendiéndose en sentido mesio-distal hasta la línea ángulo proximal de los dientes adyacentes. Se tuvo mucho cuidado de no perforar la parte vestibular del lecho receptor, así como de mantener la integridad de las papilas.

Una vez creado el lecho receptor se obtuvo dos injertos de tejido conectivo subepitelial procedentes de ambos lados del paladar (Figs. 8 y 9). Una vez obtenidos los injertos, estos se adaptaron dentro de los lechos receptores (Figs. 10 y 11) y se repositionaron los colgajos a espesor parcial de manera que se consiguió la cobertura de los injertos (Figs. 12, 13 y 14). En la zona donante se colocaron puntos de sutura lográndose un cierre por primera intención (Fig. 15). Tras la cirugía se dio como medicación 2 enjuagues de 30 segundos al día durante 1 mes de PerioAid clorhexidina (Laboratorios Dentaïd) y Espidifén 600 mg (Laboratorios Zambon) cada 8 horas durante 3 días.

Resultado

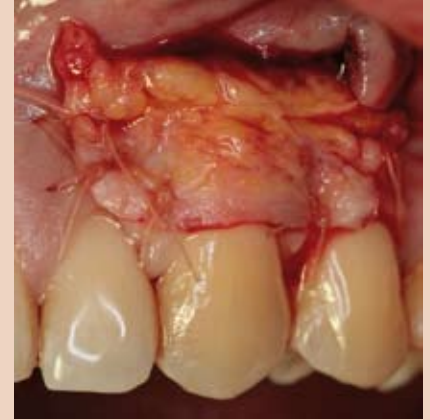
La cicatrización se llevó a cabo sin complicaciones. A las dos semanas se observó que los injertos se habían integrado, se observó cicatrización excelente del paladar (Figs. 16, 17 y 18) y se retiró los puntos de sutura.

Dos años después se observaba cobertura radicular del 100 % de las recesiones gingivales y no se observaba diferencia de color entre la zona injertada y el área adyacente (Figs. 19, 20 y 21).

Discusión

En este caso de recesiones gingivales severas, especialmente a nivel del 13 debido a los condicionantes anatómicos mencionados anteriormente (situación de la raíz fuera del contorno

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO



Figs. 10 y 11. Colocación y fijación del injerto de tejido conectivo subepitelial en el lecho receptor.



Figs. 12, 13 y 14. Reposición coronal del colgajo vestibular en 13 y sutura final. Debido a la menor severidad de la recesión, en el 23 no se hace esfuerzos para lograr la cobertura del injerto con el colgajo vestibular.



Fig. 15. Aspecto del paladar inmediatamente tras la cirugía (sitio de toma de ambos injertos).

CICATRIZACIÓN A LA SEMANA

Figs. 16, 17 y 18. Aspecto de la cicatrización a la semana.

maxilar, convexidad radicular, anchura y profundidad severa de la recesión) fue necesario usar injertos de dimensiones muy grandes para asegurar la cobertura completa.

El empleo de colgajo a espesor parcial para la confección del lecho receptor nos aseguró una nutrición adecuada del injerto, además de permitir la cobertura total del mismo con el colgajo vestibular.

Conclusiones

La anchura de la recesión y la convexidad radicular son factores que dificultan el éxito de la cobertura radicular, independientemente de que el hueso interproximal esté íntegro.

El uso de colgajos a espesor parcial reposicionados coronalmente permite una mejor vascularización de los injertos de tejido conectivo subepiteliales.

En casos severos es necesario usar injertos de dimensiones grandes para asegurar el éxito de la cobertura radicular.

La estabilidad de la cobertura radicular se mantiene a largo plazo.

ASPECTO 2 AÑOS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

Figs. 19, 20 y 21. Aspecto de la cicatrización a los 2 años de la cirugía.

ASPECTO 2 AÑOS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA



Figs. 19, 20 y 21. Aspecto de la cicatrización a los 2 años de la cirugía.

COMPARACIÓN PREQUIRÚRGICA Y 2 AÑOS DESPUÉS DEL INJERTO



Bibliografía

1. Rosenberg N. Vestibular alterations in periodontics. *Journal of Periodontology*. 1960; 31: 231-237.
2. Löe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, extent of gingival recession. *Journal of Periodontology*. 1992; 63: 489-495.
3. Löe H, Anerud A, Boysen H, Smith M. The natural history of periodontal disease in man: The rate of periodontal destruction before 40 years of age. *Journal of Periodontology*. 1978; 49: 607-620.
4. Gorman W. Prevalence and aetiology of gingival recession. *Journal of Periodontology*. 1967; 38: 316-322.
5. Löst C. Depth of alveolar bone dehiscences in relation to gingival recessions. *Journal of Clinical Periodontology*. 1984; 11: 583-589.
6. Vekalahti M. Occurrence of gingival recession in adults. *Journal of Periodontology*. 1960; 49: 599-603.
7. Wennstrom J, Pini Prato G. In: Lindhe J. *Clinical periodontology and implant dentistry*. Chapter 19: Mucogingival Therapy. 1998. 3° edition. Pag. 571.
8. Miller P. A classification of marginal tissue recession. *International Journal of Periodontics and restorative Dentistry*. 1985a; 5: 9-13.

RENOVADO EN 2007

EN EL CORAZÓN DE MURCIA

HOTELES SILKEN
HOTEL SIETE CORONAS
Paseo de Garay 5 - 30003 Murcia

A 5 min del Casco Antiguo y 10 min del Palacio de Congresos

HOTEL SIETE CORONAS MURCIA

CONVENCIONES Y BANQUETES
968 217 774

rrpp.7coronas@hoteles-silken.com
www.hoteles-silken.com
