Dr. David González Fernández
Doctor en Odontología por la Universidad Complutense de Madrid (UCM).
Master en Periodoncia por la UCM.
Especialista en Osteointegración por la UCM.

El injerto de tejido conectivo completamente sumergido bajo colgajo de reposición coronal

Técnica de cirugía plástica periodontal para el tratamiento de recesiones gingivales severas y desfavorables en raíces vestibularizadas.

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 (1985), aunque también derivan del colgajo de reposición coronal (Zucchelli & De Sanctis 2000, 2005) y de la técnica de túnel (Allen 1994, Azzi & Etienne 1998, Zabalegui 1999, Tozum & Dini 2003). El uso de técnicas de microcirugía (Zuhr 2007) y la cobertura completa del injerto (Azzi & Etienne 1999) 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 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 han 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 **(Fig. 1–3).**

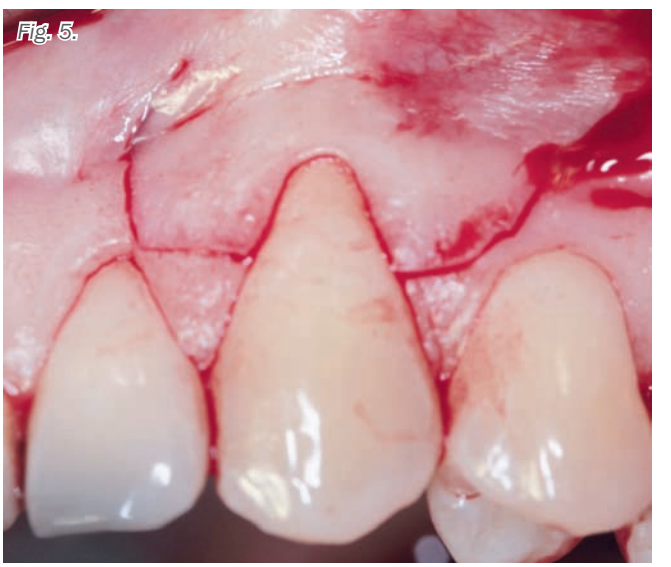
Fig. 2.

Fig. 1.

Fig. 3.

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.

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 vasculonervioso apical del 13.

Fig. 8.

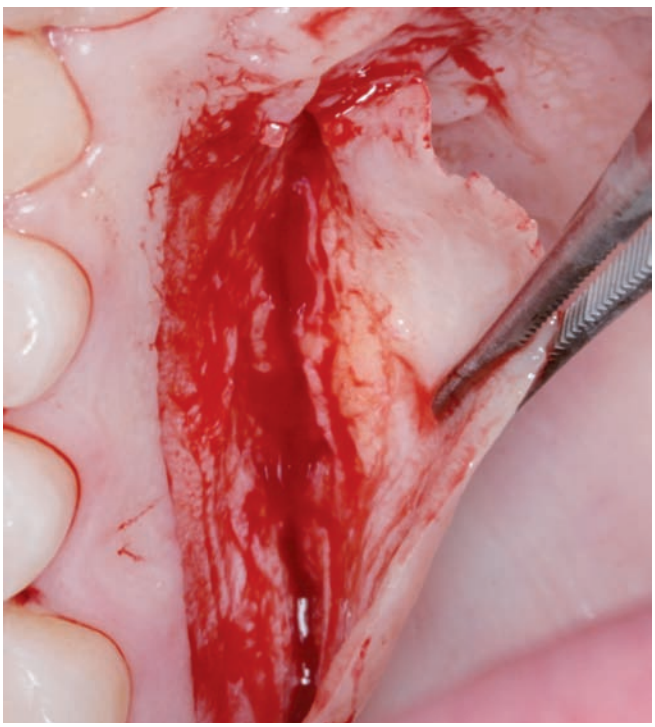
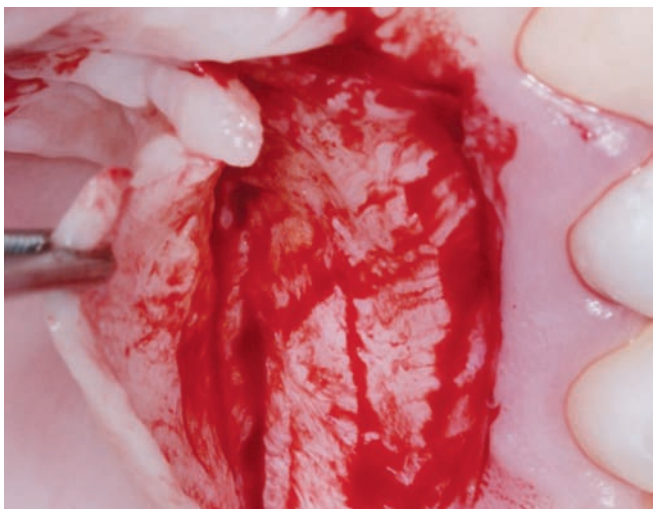


Fig. 9.



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

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

Una 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 par-

cial a nivel de 13 y 23 **(Fig. 4–7)** 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 obtuvieron 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 reposicionaron 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 un mes de PerioAid clorhexidina (Laboratorios Dentaid) 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 retiraron 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)**.

Fig. 10.

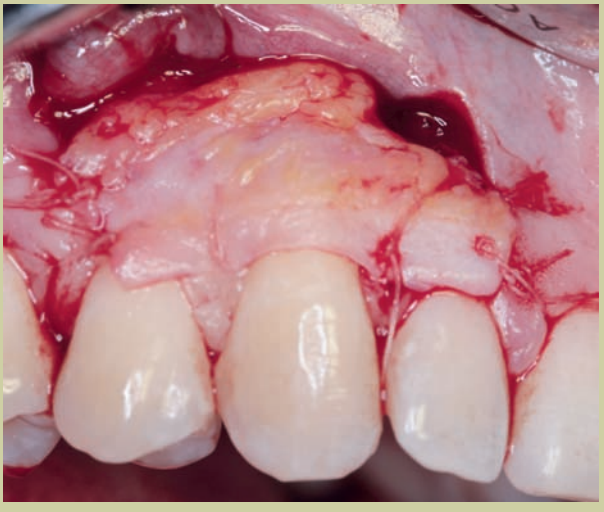
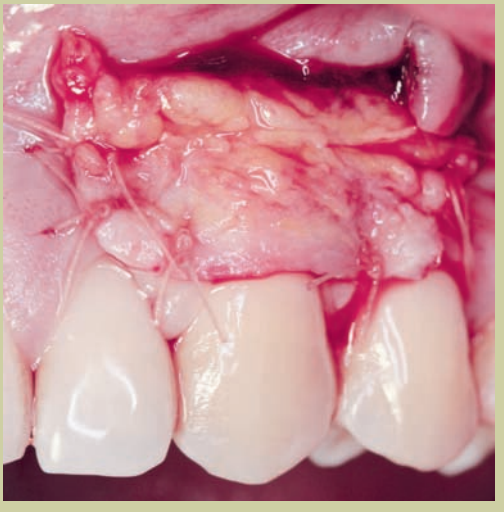


Fig. 11.



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

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 hacen esfuerzos para lograr la cobertura del injerto con el colgajo vestibular.

Fig. 12.

Fig. 14.

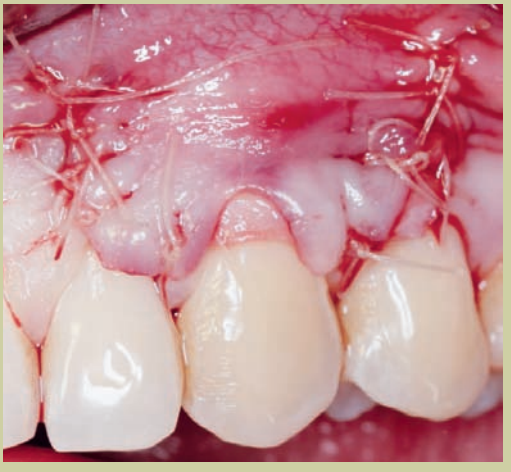


Fig. 13.

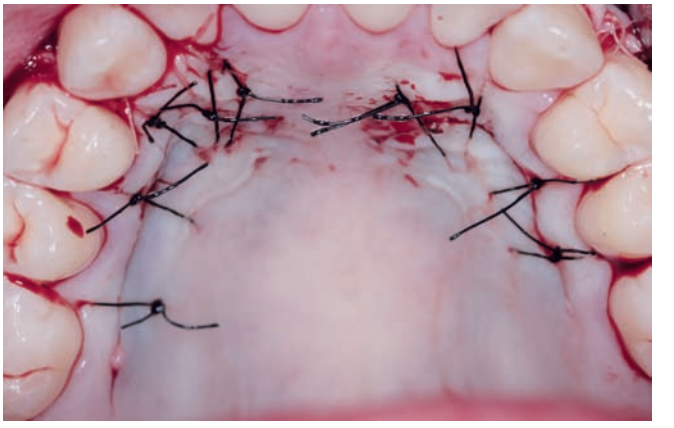


Fig. 15. Aspecto del paladar inmediatamente tras la cirugía (sitio de toma de ambos injertos).

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 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.

Fig. 17.

Figs. 16, 17 y 18. Aspecto de la cicatrización a las 2 semanas.

Fig. 16.

Fig. 18.

Fig. 20.

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

Fig. 19.

Fig. 21.

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. **Pini-Prato, G. P., Clauser, C. & Cortellini, P.** Periodontal plastic and Mucogingival surgery. Periodontology 2000 1995: 9; 90–105.
3. **Cairo, F., Pagliaro, U. & Nieri, M.** (2008) Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures. A systematic review. Journal of Clinical Periodontology 2008: 35 (Suppl. 8); 136–162.
4. **Cairo, F., Rotundo, R., Miller, P. D. & Pini-Prato, G. P.** 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.
5. **Zucchelli G, Testori T, De Sanctis M.** Clinical and anatomical factors limiting treatment outcomes of gingival recessions: a new method to predetermine the line of root coverage. Journal of Periodontology 2006; 77: 714-721.
6. **Allen, E. P. & Miller, P. D.** Coronal positioning of existing gingiva: short term results in the treatment of shallow marginal tissue recession. Journal of Periodontology 1989: 60; 316–319.
7. **Pini-Prato, G. P., Pagliaro, U., Baldi, C., Nieri,M., Saletta, D., Cairo, F. & Cortellini, P.** Coronally advanced flap procedure for root coverage. Flap with tension versus flap without tension: a randomized controlled clinical study. Journal of Periodontology 2000: 71; 188–201.
8. **Nieri, M., Rotundo, R., Franceschi, D., Cairo, F., Cortellini, P. & Pini-Prato, G. P.** Factors affecting the outcome of the coronally advanced flap procedure: a Bayesian network analysis. Journal of Periodontology 2009: 80; 405–410.
9. **Cortellini, P., Tonetti, M., Baldi, C., Francetti, L., Rasperini, G., Rotundo, R., Nieri, M., Franceschi, D., Labriola, A. & Pini-Prato, G. P.** Does placement of a connective tissue graft improve the outcomes of coronally advanced flap for coverage of single gingival recessions in upper anterior teeth? A multi-centre, randomized, double-blind, clinical trial. Journal of Clinical Periodontology 2009: 36: 68–79.
10. **Da Silva, R. C., Joly, J. C., 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.
11. **Zucchelli, G. & De Sanctis, M.** Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. Journal of Periodontology 2000: 71; 1506–1514.
12. **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.
13. **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.
14. **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.