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

Técnica de cirugía plástica periodontal para el tratamiento de recesiones gingivales múltiples severas en el sector estético

Ciencia y práctica

Introducción

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 oral[1]. Existen técnicas de cirugía plástica periodontal que consiguen resultados aceptables, aunque no del todo predecibles. Éstas se basan en el uso de colgajos pediculados, desplazados coronal o lateralmente; injertos de tejidos libres y la utilización de membranas[2].

Independientemente del abordaje quirúrgico, el máximo objetivo de la terapia mucogingival es la cobertura completa de la recesión gingival y la integración óptima del tejido injertado al adyacente original[3,4]. Sin embargo, el pronóstico de las técnicas quirúrgicas que tienen como objetivo la cobertura radicular puede verse influido por algunos factores anatómicos de la recesión, tales como la pérdida de papilas y la abrasión o el

Dr. David González Fernández

Doctor en Odontología por la Universidad Complutense de Madrid.
Máster 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).

desgaste del esmalte coronal, con la consiguiente exposición de la dentina coronal que, en teoría, no podrá cubrirse[5].

Se han obtenido buenos resultados en el tratamiento de recesiones gingivales localizadas mediante el uso de colgajos de reposición coronal[6-8]. No obstante, parece que pueden obtenerse mejores soluciones en recesiones localizadas, si al colgajo de reposición coronal se le agrega un injerto de tejido conectivo[3,9,10].

Algunos estudios han mostrado aceptables logros en el tratamiento de las recesiones gingivales múltiples a través del uso de colgajos de reposición coronal[11-13]. Si a éste le agregamos un injerto de tejido conectivo subepitelial, se aumentarán las posibilidades de obtener cobertura radicular completa, así como de conseguir un tejido blando ligeramente más grueso y resistente a recidivas de recesión gingival[14].

Objetivos

El objetivo del presente artículo es mostrar una técnica de cirugía plástica periodontal que permite tratar, en una sola cita, recesiones gingivales avanzadas múltiples, presentes en todos los dientes anteriores superiores. Ésta se basa en combinar un colgajo de reposición coronal con un injerto de tejido conectivo subepitelial. En el caso descrito, se cubrieron todas las recesiones gingivales presentes, incluso la dentina coronal expuesta, sin tener que recurrir al uso de composites.

Paciente y métodos

Se trata de un paciente de 32 años, fumador de cinco cigarrillos diarios y sin antecedentes médicos relevantes. Presenta recesiones gingivales avanzadas desde el 15 al 25. Las mismas tenían mal pronóstico, debido a la abrasión por el cepillado nocivo, que había desgastado parte del esmalte –con la consiguiente exposición de la dentina coronal–, así como áreas cóncavas en la superficie radicular (figs. 1-3). Además, había pérdida ósea interproximal, sobre todo en la zona de los incisivos superiores, de manera que era visible la superficie radicular interproximal entre los incisivos centrales y los laterales (clases III de Miller localizadas).

Figs. 1-3. Aspectos frontal y laterales de las recesiones gingivales, desde el 15 al 25. Obsérvese que, además de la recesión gingival radicular, existe destrucción parcial del esmalte cervical, con exposición de la dentina coronal.

Procedimiento quirúrgico

Esta fase se puede apreciar en las figuras 4-22. Se levantó un colgajo a espesor parcial, con incisiones intrasulculares en la zona del cénit dental y oblicuas a la altura del tejido blando interdental, lo que permitía la rotación de las papilas, extendiendo el colgajo un diente más distal, libre de recesión, y sin levantar la papila interincisiva central. El colgajo se levantó más apical en la línea mucogingival y se liberó cualquier tensión con incisiones horizontales, lo que posibilitó una reposición coronal que cubría por completo las superficies radiculares. Se desepitelizaron cuidadosamente las papilas interdentales.

Al tener preparado el colgajo, se obtuvieron dos injertos de tejido conectivo subepitelial de ambos lados del paladar. Éstos se adaptaron a las superficies radiculares en la zona de la línea amelocementaria. Tras la estabilización, con suturas, del injerto de tejido conectivo, se procedió a la reposición coronal del colgajo. Nos aseguramos de que el injerto quedara completamente sumergido. El trabajo sobre el colgajo finalizó con suturas suspensorias dentoancladas.

Fig. 4. Aspecto de las recesiones del 15 al 11.

Fig. 5. Incisiones oblicuas, en las que se toma como eje el 13.

Fig. 6. Levantamiento de un colgajo a espesor parcial, con la desepitelización de las papilas.

Fig. 7. Incisión para la obtención de un injerto de tejido conectivo en el lado derecho del paladar.

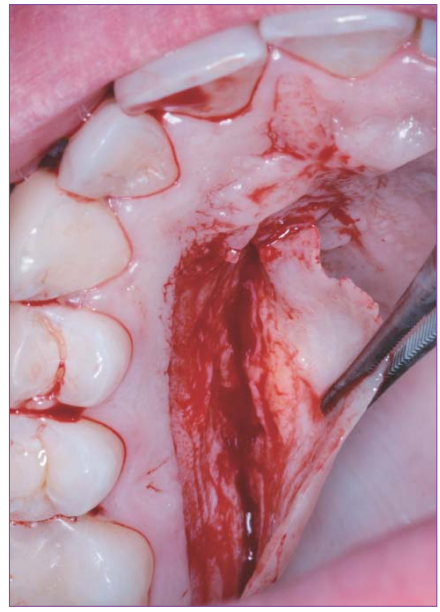

Fig. 8. Obtención de un injerto de tejido conectivo del lado derecho del paladar.

Fig. 9. Colocación del injerto sobre los dientes a tratar. Obsérvese el tamaño del injerto.

Fig. 10. Introducción del injerto de tejido conectivo dentro del lecho receptor. Apréciese 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 21 al 25.

Fig. 13. Incisiones oblicuas, en las que se toma como eje el 23.

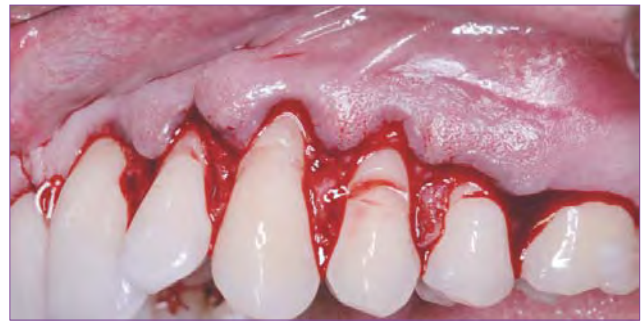

Fig. 14. Levantamiento de un colgajo a espesor parcial desepitelizando las papilas.

Fig. 15. Aspecto preoperatorio del lado derecho del paladar.

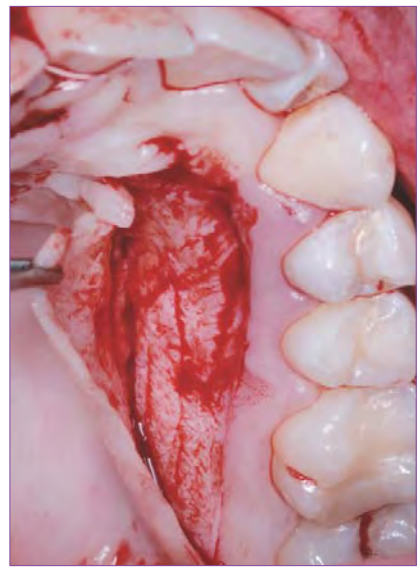

Fig. 16. Obtención de un injerto de tejido conectivo del lado derecho del paladar.

Fig. 17. Colocación del injerto sobre los dientes a tratar. Véase el tamaño del injerto.

Fig. 18. Introducción del injerto de tejido conectivo dentro del lecho receptor. Obsérvese la fijación del injerto.

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

Fig. 20. Vista oclusal de la reposición del colgajo. Se puede apreciar la perfecta adaptación de todos los márgenes, especialmente en la zona de las papilas.

Fig. 21. Vista frontal general, en la que se muestran todos los dientes tratados del 15 al 25.

Fig. 22. Aspecto del paladar. Obsérvese la extensión de las zonas donantes distales al segundo molar.

Fig. 23. Vista frontal de la cicatrización a la semana.

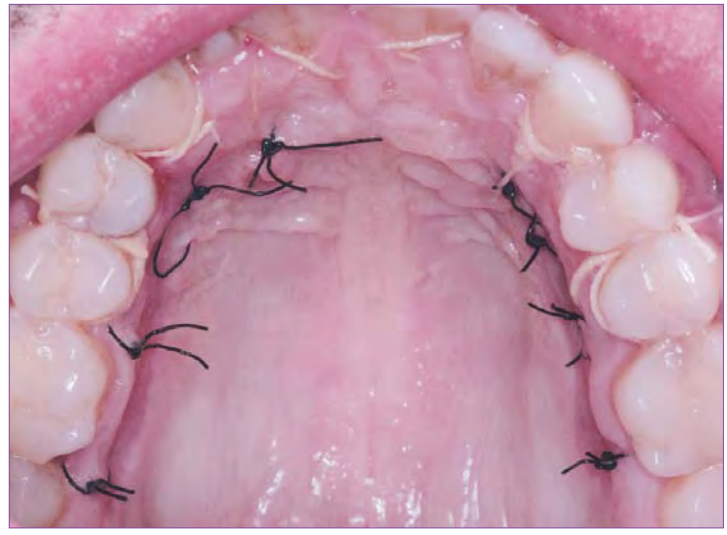

Fig. 24. Aspecto de la cicatrización del paladar a la semana.

Resultados

La cicatrización, tanto del paladar como del área injertada, se produjo libre de 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. Así, nos encontramos con un 100% de éxito, con la cobertura completa de las recesiones gingivales y un color totalmente mimetizado con el original en las zonas anteriormente expuestas.

Discusión

Existen muchas técnicas de cirugía plástica periodontal para la cobertura de recesiones gingivales múltiples. La mayor ventaja que observamos en la técnica descrita es el efecto sinérgico que hay entre el colgajo de reposición coronal y el injerto de tejido conectivo subepitelial. Posiblemente, debido a este efecto sinérgico, se pudo cubrir el 100% de la dentina coronal expuesta –algo sumamente difícil–; de este modo, se evitó recurrir a restauraciones de composite para tratar de maquillar dicha dentina.

Otra ventaja es la ausencia de cicatrices, producidas por las incisiones verticales de descarga. Al extender el colgajo un diente más distal, se evitó el uso de liberadoras.

Conclusión

El uso combinado de un colgajo de reposición coronal y un injerto de tejido conectivo permite obtener una cobertura completa en casos de recesiones gingivales múltiples avanzadas con mal pronóstico, debido no sólo al componente radicular de la recesión, sino también a la pérdida de esmalte por abrasión, con exposición de dentina coronal. Esta situación dificulta seriamente las posibilidades de éxito. ◆

Figs. 25-27. Aspecto un año después de la cirugía.

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 GP, 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 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.
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 EP, Miller PD.** *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 GP, 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 GP.** *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 GP.** *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 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.
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.