

INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO SUBPEDICULADO Y COLGAJO DE AVANCE CORONAL PARA EL TRATAMIENTO DE UNA RECESIÓN GINGIVAL LOCALIZADA

Antonio Díaz Caballero*, Lai Arrieta González** y Farith D. González Martínez***

RESUMEN

Las recesiones gingivales constituyen una preocupación tanto estética como funcional para el paciente odontológico, estas pocas veces resultan en la pérdida de los dientes; sin embargo, se asocian, por lo general con afecciones tales como; sensibilidad dental e irritación del tejido marginal causada por la inhabilidad del paciente para remover la placa bacteriana.

Existen diversos factores a los que se les atribuye la presencia de estas, entre estos: malposiciones dentarias, condiciones inflamatorias o trauma, incluyendo aquellos provocados por aparatología ortodóntica.

Es importante tener en cuenta que existen dos causas principales del desarrollo de recesiones gingivales como son: inflamación periodontal inducida por placa bacteriana y el cepillado traumático. Si controlamos estos factores se prevendría, en la mayoría de los casos, el progreso de la recesión.

Existen diversas técnicas para contrarrestar estos defectos, entre las que encontramos: el injerto de tejido conectivo subepitelial, injerto de matriz dérmica acelular, injerto gingival libre y la regeneración tisular guiada.

Se presenta un caso de un paciente con retracción del margen gingival a nivel de canino superior izquierdo asociada a malposición dentaria, se describe la técnica quirúrgica utilizando tejido conectivo subepitelial del paladar combinado con un colgajo de avance coronal, obteniéndose excelentes resultados estéticos y una buena cobertura radicular. (DUAZARY 2010, 95 - 99)

Palabras clave: Recesion gingival, Tejido conectivo, Injerto.

ABSTRACT

Gingival recessions are a clinical conditions concerning for both aesthetic and functional dental in patients. These clinical condition rarely result in tooth loss, but they are often associated, usually with conditions such as, tooth sensitivity and tissue irritation caused by the marginal patient's inability to remove plaque.

There are several factors attributed to the presence of recessions, among these: malpositions teeth, trauma or inflammatory conditions, including those caused by orthodontic appliances.

It is important to note that there are two main reasons for the development of gingival recessions, such as: periodontal inflammation induced by bacterial plaque and brushing trauma. If we control these factors, we will prevent, in most cases, the progress of the recession.

*Odontólogo, Universidad de Cartagena. Periodoncista, Pontificia Universidad Javeriana. Magíster en Educación Universidad del Norte. Candidato a Doctor en Ciencias Biomédicas Universidad de Cartagena. Profesor titular Facultad de Odontología Universidad de Cartagena.

**Odontóloga, Universidad de Cartagena. Cartagena, D.T.

***Odontólogo Universidad de Cartagena. Especialista en investigación social Universidad de Cartagena. Magister en Salud Pública Universidad Nacional de Colombia Docente Coordinador Departamento de Investigación Facultad de Odontología Universidad de Cartagena.

RECIBIDO MARZO DE 2009 APROBADO DICIEMBRE DE 2009

There are various techniques to counter these shortcomings, among which are: the subepithelial connective tissue grafts, acellular dermal matrix graft, free gingival graft and guided tissue regeneration.

In this article, its shown the report of a case of patient with decreased gingival margin at upper left canine tooth associated malpositions, it is describes the surgical technique using subepithelial connective tissue of the palate combined with a coronal flap advancement, obtaining good aesthetic results and good coverage root.

Keywords: gingival recession, connective tissue graft.

INTRODUCCIÓN

La recesión gingival se trata de un hallazgo común tanto en pacientes con enfermedad periodontal incipiente hasta avanzada, como en pacientes sin enfermedad periodontal y una buena higiene oral¹.

La etiología de la recesión gingival es compleja. Puede ser causada por lesiones traumáticas y destructivas a causa de enfermedad periodontal². Así mismo existen factores que pueden desencadenar recesiones gingivales localizadas como son: el acumulo de placa bacteriana o un trauma mecánico como el cepillado³ en este caso el primer paso en el tratamiento es un cambio en las técnicas de cepillado⁴.

La cirugía mucogingival es el tratamiento de elección para estos casos, existe una amplia variedad de técnicas quirúrgicas mucogingivales, entre las que se encuentran; el colgajo pediculado, el injerto de matriz dérmica acelular (ADM), la regeneración tisular guiada (RTG)⁵ y el injerto de tejido conectivo subepitelial (ITCSE), esta técnica está diseñada para maximizar el suministro sanguíneo al injerto, por un lado el periostio y por otro el colgajo que cubre el injerto, además combina las ventajas del injerto gingival libre y el colgajo pediculado⁶. Así mismo presenta ventajas con relación a procedimientos similares en que el postoperatorio es menos incómodo por el hecho de permitir una cicatrización por primera intención en la región donante y el resultado es más estético debido a una mayor uniformidad en cuanto al color con relación a los tejidos adyacentes al área receptora⁷.

Este en combinación con un colgajo avanzado coronalmente, que es un procedimiento muy común de cobertura de raíz basado en el movimiento hacia coronal del tejido en la superficie de la raíz expuesta arroja resultados satisfactorios⁸.

El presente caso describe el tratamiento con un injerto de tejido conectivo subpediculado en combinación con

un colgajo avanzado coronalmente en un paciente con recesion gingival localizada a nivel de órgano dentario 23.

REPORTE DE CASO

Paciente de 25 años de edad, de género femenino, sin antecedentes médicos de importancia, con estado nutricional aparentemente bueno, orientado en espacio, tiempo, lugar, persona y autopsíquico, no fumadora y sin alteraciones sistémicas. Al examen estomatológico se evidencia recesión gingival a nivel vestibular de órgano dentario 23, se realizaron mediciones con una sonda periodontal milimetrada la cual reveló una retracción del margen gingival de 3 mm a nivel vestibular a partir de la línea amelocementaria. La clasificación de la recesión fue consistente con clase I de Miller⁹. Previo a la intervención quirúrgica se realizó un raspado y alisado del órgano dentario para detoxificar la superficie radicular expuesta (Figura 1).

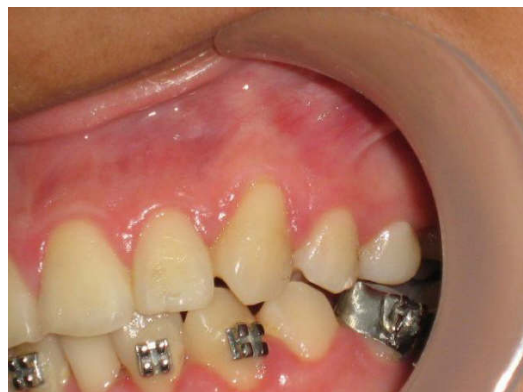


Figura 1. Fotografía inicial del paciente. Obsérvese la recesión gingival a nivel de órgano dentario 23.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se anestesia el sitio con Lidocaína al 2% con la técnica infiltrativa por vestibular, así mismo se anestesia el nervio naso-palatino. Se realiza una incisión festoneada con dos descargas verticales desde mesial del 23 hasta

mesial del 24. Se diseña el colgajo de espesor parcial. Para preparar el lecho receptor (Figura 2), se instrumenta ultrasónica y manualmente la raíz, eliminando placa bacteriana, también se realiza adelgazamiento de la cara vestibular con fresas, para eliminar la prominencia radicular.



Figura 2. Técnica de colgajo posicionado coronal, en la cual se hacen dos incisiones verticales liberadoras.

Se obtiene el injerto de tejido conectivo del paladar duro, tal como se describe en la técnica (Figura 3)¹⁰. Se traslada el tejido hasta el lecho receptor, donde se coloca sobre la raíz descubierta (Figura 4).



Figura 3. Obtención y sutura del injerto de tejido conectivo de la zona palatina.



Figura 4. Fijación del injerto en zona receptora.

Se avanza coronalmente el colgajo en dirección al borde amelocementario para cubrir el injerto, al mismo tiempo que se intenta cubrir la raíz. Se sutura con puntos simples usando seda negra 4-0 con aguja de 3/8 de círculo con reverso cortante (Figura 5). Se colocó un cemento quirúrgico por 7-14 días con el fin de proteger la herida y así mismo darle una mayor comodidad al paciente (Figura 6).



Figura 5. Reposición coronal y sutura del injerto.



Figura 6. Colocación de cemento quirúrgico sobre zona operada.

A los ocho días se retiran las suturas del paladar y del área de injerto. Tres meses después de la cirugía se observa buena cicatrización con una buena calidad de tejidos formados, además de un importante grado de cobertura radicular alcanzada (Figura 7).



Figura 7. Imagen postoperatoria seis meses después de la cirugía. Obsérvese la altura de la cobertura radicular alcanzada.

DISCUSIÓN

Las recesiones gingivales son uno de los principales problemas estéticos que se presentan en nuestro medio. Además del evidente malestar que manifiesta el paciente con respecto a la exposición térmica y sensibilidad originada por este evento y al alto riesgo de presentar caries radicular por la dificultad de higiene en las áreas afectadas.

En la actualidad existen diversas técnicas quirúrgicas que ayudan a minimizar el daño permitiendo ganar

encia queratinizada primero y posteriormente tratando de conseguir recubrimiento radicular.

De Sanctis y Zucchelli (2007) proponen que en cuanto a cobertura radicular, independientemente de la técnica a utilizar, es preferible realizar una modificación de la nueva papila, para que se obtengan satisfactorios resultados clínicos¹¹.

El éxito del tratamiento depende en gran parte de las características clínicas, tomando en cuenta la clasificación de las recesiones gingivales de Miller independientemente de la técnica a utilizar, en las clases I y II se puede lograr un cubrimiento radicular completo, pero sólo se puede esperar un cubrimiento parcial en la clase III; teniendo pocas posibilidades de éxito con las clase IV donde no es posible hacer recubrimiento radicular¹².

Chambrone *et al* (2008) demuestran que el injerto de tejido conectivo subepitelial es un procedimiento con excelentes resultados en cuanto a cobertura radicular de recesiones gingivales clase I y II de Miller¹³ este es un procedimiento diseñado para maximizar el suministro sanguíneo al injerto, por un lado el periostio y por otro el colgajo que cubre el injerto¹⁴ así mismo se demuestra que en combinación con un colgajo de avance coronal los resultados son satisfactorios¹⁵.

En el presente caso la utilización de esta técnica fue efectiva, consiguiendo el cubrimiento radicular necesario para cumplir con las exigencias estéticas y funcionales requeridas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cangini F, Cornelini R, Andreana S. Simultaneous treatment of multiple, bilateral, deep buccal recession defects with bioabsorbable barrier membranes: A case report. *Quintessence Int* 2003;34(1):15-8.
2. Checchi I, Daprile G, Gatto MR, Pelliccioni GA. Gingival recession and toothbrushing in an Italian School of Dentistry: a pilot study. *J Clin Periodontol*. 1999; 26:276-80.
3. Khocht A, Simon G, Person P, Denepitiya JL. Gingival recession in relation to history of hard toothbrush use. *J Periodontol* 1993; 64(9):900-5.
4. O'Leary TJ, Drake RB, Crump PP, Allen MF. The incidence of recession in young males: A further study. *J Periodontol*. 1971; 42(5):264-7.
5. Sedon CL, Breault LG, Covington LL, Bishop BG. The Subepithelial Connective Tissue Graft: Part I. Patient

- Selection and Surgical Techniques. *J Contemp Dent Pract.* 2005; 15:146-62.
6. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Clin Periodontol.* 1985; 56:715-20.
 7. Wennstrom JL, Zucchelli G. Increased gingival dimensions A significant factor for successful outcome of root coverage? A 2-year prospective clinical study. *J Clin Periodontol.* 1996; 23:770-7.
 8. Nieri M, Rotundo R, Franceschi D, Cairo F, Cortellini P, Pini Prato G. Factors affecting the outcome of the coronally advanced flap procedure: a bayesian network analysis. *J Periodontol.* 2009 Mar; 80(3):405-10.
 9. Miller PD Jr. A clasification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1985; 5: 8-13.
 10. Dembowska E, Drozdzyk A. Subepithelial connective tissue graft in the treatment of multiple gingival recession. *Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007; 104:e1-7.
 11. De Sanctis M, Zuchelli G. Coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects: three-year result. *J Clin Periodontol.* 2007; 34: 262-8.
 12. Blanes RJ, Allen EP. The bilateral pedicle flap-tunnel technique: a new approach to cover connective tissue grafts. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1999; 19:471-9.
 13. Chambrone L, Chambrone D, Pustuglioni FE, Chambrone LA, Lima LA. Can subepithelial connective tissue grafts be considered the gold standard procedure in the treatment of Miller Class I and II recession-type defects?. *J Dent.* 2008; 36(9): 659-71.
 14. Goldstein M, Brayer L, Schwartz Z. A Critical Evaluation of Methods for root coverage. *Crit Rev Oral Biol Med.* 1996; 7: 87-98.
 15. Papageorgakopoulos G, Greenwell H, Hill M, Vidal R, Scheetz JP. Root coverage using acellular dermal matrix and comparing a coronally positioned tunnel to a coronally positioned flap approach. *J Periodontol.* 2008; 79(6): 1022-30.