

Recubrimiento radicular mediante un colgajo de doble papila con injerto de tejido conectivo.

Caso clínico.

MAITANE ZUBIZARRETA*, FEDERICO GALLI**,
HERNÁN BONTÁ**, FACUNDO CARIDE***,
NELSON CARRANZA***

*Residente Carrera de Especialista en Periodoncia.

Jefe de Trabajos Prácticos. *Profesor Adjunto.

Cátedra de Periodoncia, Facultad de Odontología,
Universidad de Buenos Aires.

resumen

Una de las terapias cosméticas periodontales más usuales es el cubrimiento de recesiones radiculares. En las últimas décadas se han desarrollado numerosas técnicas con este fin. En este caso clínico mostramos la utilización de una técnica de doble papila combinada con un injerto de tejido conectivo para solucionar un inconveniente estético en un canino superior. Presentamos resultados y seguimiento a 3 meses.

Palabras clave: recubrimiento radicular, injerto de tejido conectivo, colgajo doble papila, recesiones radiculares.

abstract

One of the most common treatments in periodontal therapy is covering of the gingival recessions. In the last decades, numerous techniques have been developed for this purpose. This clinical case shows the double papilla technique combined with a subepithelial connective tissue graft to solve a recession in an upper canine with a three months follow-up.

Key words: covering recessions, connective tissue, double papilla flap, gingival recessions.

referencia la unión amelocementaria. (Glosary of Periodontal terms [AAP 2001]).

Según su extensión y el compromiso de la zona interproximal, Miller¹ las clasificó en cuatro clases:

Clase I: papilas intactas, sin pérdida de hueso proximal, no sobrepasa la línea mucogingival.

Clase II: papilas intactas, sin pérdida de hueso proximal, alcanza o sobrepasa la línea mucogingival.

Clase III: pérdida interproximal de hueso y/o tejido blando, alcanza o sobrepasa la línea mucogingival.

Clase IV: gran pérdida interproximal de hueso y/o tejido blando, alcanza o sobrepasa la línea mucogingival, pérdida ósea interproximal extrema, sobrepasa la línea mucogingival.

Éstas han sido relacionadas como causas o factores predisponentes de patologías como hipersensibilidad, caries radicular, pérdida de inserción e inconvenientes estéticos. Los factores etiológicos asociados con este desplazamiento apical son variados: cepillado traumático, mal posición dentaria, factores iatrogénicos, dehiscencias óseas, inserciones bajas de bridas y frenillos, baja calidad y cantidad de encía insertada.^{2,3}

En las últimas décadas se han descripto numerosas técnicas para el recubrimiento de las recesiones radiculares: injertos gingivales libres, injertos pediculados (incluyendo colgajos rotados y desplazados), regeneración tisular guiada, y técnicas bilaminares.⁴

La técnica de doble papila fue descripta en primera instancia por Cohen y Ross⁵ en 1968, para cubrir recesiones que no afectaran la papila interdental. Para aumentar la predictibilidad de la técnica, Nelson propuso combinar la técnica de doble papila a espesor total con un injerto de tejido conectivo.⁶ Randall Harris reportó la técnica del colgajo de doble papila a espesor parcial con injerto de tejido conectivo subyacente^{7,8,9} en 1992.

INTRODUCCIÓN

La necesidad de tratamientos que contemplan el manejo de tejidos blandos ha crecido de manera contundente en la odontología contemporánea, haciendo de estos procedimientos una parte sustancial del tratamiento periodontal actual. Una de las terapias cosméticas más usuales es el cubrimiento de recesiones radiculares.

Podemos definir la recesión gingival como la exposición de la superficie radicular, motivada por el desplazamiento apical del margen gingival, tomando como

PRESENTACIÓN DEL CASO

Una paciente femenina de 20 años de edad, acudió a la Cátedra de Periodoncia de la FOUBA, derivada de la Cátedra de Ortodoncia para evaluar la condición mucogingival de la pieza 2.3, previo a la realización de un tratamiento ortodóncico integral. Su historia clínica no era contributiva, y la radiografía no mostraba pérdida ósea interproximal. Se realizaron registros de profundidad al sondaje y nivel de inserción utilizando una sonda periodontal. Los hallazgos clínicos fueron los siguientes: recesión de 5 mm de longitud y 5 mm de ancho (Figs. 1 a 3). La profundidad de sondaje fue de 1 mm por vestibular y el ancho de encía queratinizada



Fig. 1.

era de 1 mm, pero no presentaba encía insertada. Las papilas interdentales estaban intactas. La recesión se clasificó como clase II de Miller.

Técnica quirúrgica

Después de la aplicación de anestesia local infiltrativa, se realizó el tratamiento mecánico de la raíz expuesta con el objetivo de eliminar la contaminación bacteriana y aplanar la prominencia de la raíz. Se realizaron incisiones horizontales a nivel de la línea amelocementaria mesial y distal al diente mediante hoja de bisturí 15C, llegando aproximadamente a 0,5 mm del diente adyacente. En la terminación de la incisión horizontal se realizó la incisión vertical más allá de la línea mucogingival. Las incisiones horizontales se conectaron mediante incisión intracrevicular, teniendo la precaución de desepitelizar los bordes internos de las papilas para poder afrontarlas (Fig. 4). Se elevó un colgajo a espesor parcial, las papilas fueron suturadas mediante sutura 5.0 de nylon y posicionadas sobre el defecto asegurándose que se mantuvieran sin ninguna tensión (Fig. 5). Se realizó un legrado de espesor parcial en el tejido circundante a la lesión.

La toma del injerto del paladar se realizó mediante la técnica de incisión única descrita por Hürzeler.¹⁰ La



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 6.

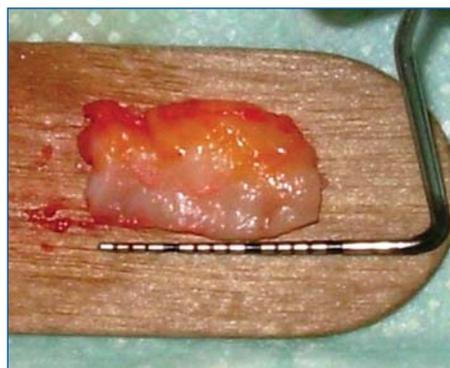


Fig. 7.

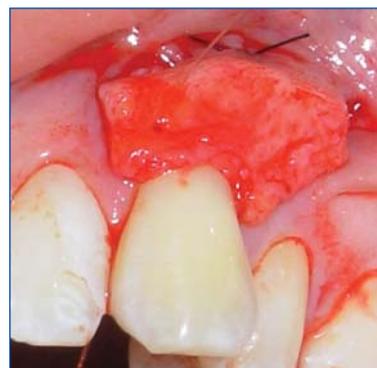


Fig. 8.

primera incisión se hizo 2 mm del margen gingival perpendicular hacia el hueso, se anguló la hoja a 135 grados creando una preparación a espesor parcial. Se realizaron incisiones en mesial y distal para separar el injerto de tejido conectivo circundante, obteniéndolo con periostótomo de Pritchard (Fig. 6). El injerto midió 15 mm de longitud y 8 mm de ancho (Figs. 7 y 8). Se introdujo 3 mm en cada extremo del sitio receptor y se suturó con material reabsorbible de vycril 5-0, cerrando el sitio con el colgajo de doble papila a través de suturas suspensorias de nylon 5-0. Las incisiones verticales se suturaron a través de suturas simples (Figs. 9 y 10).

La paciente fue premedicada con Amoxicilina 500 mg cada 8 hs y con colutorios de Clorhexidina 0,12% 3 veces por día, desde un día previo a la cirugía. El antibiótico se mantuvo durante 7 días. Como analgésico y antiinflamatorio se indicó ibuprofeno 600 mg cada 8 hs, por 3 días. Se recitó a la paciente a los 7 y 14 días posoperatorios, momento en que se retiraron las suturas (Figs. 11 y 12). A las 4 semanas la paciente dejó de enjuagarse con Clorhexidina y comenzó a higienizarse el sitio quirúrgico mediante un cepillo quirúrgico extra-suave. La última visita fue a las 14 semanas (Fig. 13).

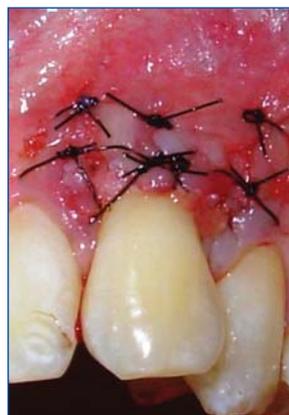


Fig. 9.



Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.



Fig. 13.

RESULTADOS

Se logró más de un 90% de recubrimiento de la recesión gingival, disminuyendo la recesión de 5 mm a 0,5 mm. El dolor posoperatorio descripto fue mínimo. El resultado estético conseguido fue satisfactorio tanto para el clínico como para el paciente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se han reportado muchas técnicas para el tratamiento de las recesiones. El éxito de las mismas depende no sólo de la habilidad del operador, sino también de la correcta elección del caso. La principal ventaja del injerto de tejido conectivo es el aumento de la predictibilidad de la técnica. Esta técnica parecería ser la adecuada en casos en los cuales el colgajo no puede desplazarse en sentido coronal o lateralmente.

El caso que presentamos tuvo un recubrimiento casi total de la superficie radicular, con buen resultado estético. La paciente fue tratada antes de comenzar con tratamiento ortodóncico. Esta acción interceptiva permite darle un mejor pronóstico a la estética gingival de la zona, aunque puede llegar a necesitar un procedimiento complementario en caso de que el movimiento de la pieza contemple mayor vestibularización.¹¹ Los movimientos ortodóncicos pueden asociarse a recesiones gingivales, especialmente en presencia de dehiscencias óseas, un biotipo gingival delgado, o la falta de encía insertada. El correcto diagnóstico periodontal hecho oportunamente previene y anticipa estos defectos.

Podemos agregar que es de esperar una mejora del recubrimiento radicular con el tiempo, ya que los resultados fueron obtenidos a las semana 14 de la cirugía, y diferentes estudios han demostrado que la cobertura obtenida es estable a largo plazo y que el porcentaje de recubrimiento puede mejorar por el fenómeno llamado "creeping attachment" o "migración de inserción"^{12,13} debido a la migración posoperatoria del margen gingival en dirección coronal,¹⁴ lo que podría aumentar aún más la cobertura hasta ahora obtenida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodont Restor Dent*. 1985;5:9-13.
2. Wennström JL. Mucogingival therapy. *Ann Periodontol*. 1996; 1:671-701.
3. Bouchard P, Malet J, Borghetti A. A Decision-making in aesthetics: Root coverage revisited. *Periodontol 2000*. 2001;27:97-120.
4. Clauser C, Nieri M, Franceschi D, Plagiario U, Pini Prato G. Evidence-Based Mucogingival Therapy. Part 2: Ordinary an individual patient data meta-analyses of surgical treatment of recession using complete root coverage as the outcome variable. *J Periodontol*. 2003;74:741-756.
5. Cohen DW, Ross SE. The double papilla repositioned flap in periodontal therapy. *J Periodontol*. 1968;39:65-70.
6. Nelson S. The subpedicle connective tissue graft. A bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. *J Periodontol*. 1987;58:95-102.
7. Harris RJ. The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: A predictable method of obtaining root coverage. *J Periodontol*. 1992;63:477-486.
8. Harris RJ. The connective tissue with partial thickness double pedicle graft: the result of 100 consecutively-treated defects. *J Periodontol*. 1994;65:448-461.
9. Harris RJ. Double pedicle flap-predictability and aesthetics using connective tissue. *Periodontology 2000*. 1996;11:39-48.
10. Hürzeler MB, Weng D. A single-incision technique to harvest subepithelial connective tissue grafts from the palate. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1999;19:279-287.
11. Wennström JL, Lindhe J, Sinclair F, Thilander B. Some periodontal tissue reactions to orthodontic tooth movement in monkeys. *J Clin Periodontol*. 1987;14:121-129.
12. Harris RJ. Creeping attachment associated with connective tissue with partial thickness double pedicle graft. *J Periodontol*. 1997;68:890-899.
13. Harris RJ. Root coverage with connective tissue grafts: An evaluation of short and long term results. *J Periodontol*. 2002; 73:1054-1059.
14. Goldman H, Schluger S, Fox L, Cohen DW. *Periodontal Therapy*. 3rd ed. St. Louis: C.V. Mosby Co.; 1964: 560.