

Recubrimiento radicular en el sector estético, empleando una técnica de túnel con injerto de tejido conectivo

Caso clínico

OD. MARIO MORALES OROZCO*, OD. HERNÁN BONTÁ**,
OD. FEDERICO GALLI**, DR. FACUNDO CARIDE***,
DR. NELSON CARRANZA****

*Residente Carrera de Especialista en Periodoncia.
Profesor Adjunto Interino, *Profesor Adjunto Regular.
****Profesor Titular Regular.
Cátedra de Periodoncia. Facultad de Odontología.
Universidad de Buenos Aires

resumen

El recubrimiento de recesiones gingivales es un tratamiento periodontal con gran impacto estético en el medio bucal. Diferentes técnicas quirúrgicas han sido desarrolladas con ese fin en las últimas décadas. Este caso clínico muestra la técnica de túnel con injerto de tejido conectivo para recubrir las recesiones gingivales en dos centrales superiores. Presentamos resultados y seguimiento a 6 meses.

Palabras clave: recubrimiento radicular, recesiones gingivales, injerto de tejido conectivo, técnica de túnel.

abstract

Management of gingival recession is one of the most effective treatments to achieve oral esthetics. Several surgical techniques have been described in the literature in the last decade aiming to succeed in this field. This clinic case shows the use of the “envelope technique” combined with a connective tissue graft to cover recessions in two upper central incisors with a six months follow up.

Key words: root covering, gingival recessions, connective tissue graft, tunnel technique.

Según el Glossary of Periodontal Terms (AAP 2001), la recesión gingival es la exposición de la superficie radicular, motivada por el desplazamiento apical del margen gingival, tomando como referencia el límite amelo cementario.

Miller⁷ clasificó las recesiones gingivales teniendo en cuenta su extensión y el compromiso de la zona interproximal. Esta clasificación nos sirve para conocer de antemano la predictibilidad de recubrimiento de las recesiones y nos asiste en la toma de decisiones clínicas.

Para lograr un buen diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento y así aumentar la tasa de éxito, también debemos tener en cuenta la clasificación de los defectos de las superficies dentarias que realizó Pini-Prato¹⁰ en 2010. En su artículo evalúa dos factores: presencia (A) o ausencia (B) de unión cemento-esmalte (UCE) y presencia (+) o ausencia (-) de discrepancia en la superficie dentaria causada por abrasión (escalón). En base a estas variables se pueden identificar cuatro clases, A+, A-, B+ y B- (Cuadro 1).

Existen varios factores etiológicos relacionados con las recesiones: mal posición dentaria, cepillado traumático, dehiscencias óseas e inserciones bajas de frenillos entre otros. Las recesiones gingivales pueden ser factores predisponentes de hipersensibilidad, problemas estéticos y caries radicular.^{2,12}

En las últimas décadas se han descrito muchas técnicas para el recubrimiento de recesiones gingivales

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas ha crecido la necesidad de realizar procedimientos quirúrgicos para cambiar la arquitectura de los tejidos blandos periodontales, para lograr un marco estético adecuado. En este camino se incluye el recubrimiento de recesiones gingivales. Dichos procedimientos se han convertido en una parte importante del tratamiento periodontal actual.

Cuadro 1.

UCE	Escalón	Descripción
Clase A	-	UCE visible y sin escalón
Clase A	+	UCE visible y con escalón
Clase B	-	UCE no visible y sin escalón
Clase B	+	UCE no visible y con escalón

como: colgajos desplazados coronalmente, colgajos rotados o desplazados lateralmente, técnicas bilaminares, injertos gingivales libres y regeneración tisular guiada.³

Nabers⁸ y Langer y Langer⁶ describieron técnicas para recubrimiento de recesiones, utilizando injertos de tejido conectivo para lograr mejores resultados a través de los años. Estos procedimientos reciben el nombre de técnicas bilaminares, ya que sobre la recesión se colocan dos láminas de tejido: el injerto de tejido conectivo y el colgajo que cubre el injerto.

Una de las técnicas bilaminares es la de bolsillo, que fue descrita por Allen¹ en 1994, con el fin de cubrir recesiones múltiples sin dañar las papilas adyacentes, la cual consiste en realizar una incisión a espesor parcial extendiéndose de 3 a 5mm más allá del sitio de las recesiones, incluyendo la papila central pero sin desgarrarla, logrando una comunicación de las recesiones por debajo de dicha papila, de esta manera, se puede introducir el injerto por debajo del colgajo para recubrir las recesiones. El injerto es suturado al colgajo para evitar su movilidad, y así, poder lograr la revascularización⁴. Esta técnica es una modificación de la que en 1985 describiera Raetzke¹¹ como de "sobre", para cubrir recesiones únicas o aisladas. Esta técnica consiste en realizar una incisión a espesor parcial, extendiéndose 3 a 5mm más allá de la zona de la recesión en sentido lateral y apical, luego se ubica el injerto entre el periostio y el colgajo y se sutura a cada costado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Un paciente de sexo femenino de 26 años de edad, asiste a consulta a la Cátedra de Periodoncia de la FOUBA para recubrimiento de recesiones en sector anterior. Se realizó el examen clínico, radiográfico y la valoración estética del caso. Al examen clínico hallamos lo siguiente: recesión de 4mm de longitud y 4 mm de ancho en 1.1 y 3mm de longitud y 4mm de ancho en 2.1 (Figs. 1 y 2). La profundidad al sondaje fue de 1mm con una encía insertada de 3 mm por vestibular del 1.1 y 1 mm de profundidad al sondaje por vestibular con 3 mm de encía insertada en sector del 2.1. Papila interdental clase I según la clasificación de Tarnow⁹. Radiográficamente, no se observa pérdida ósea interproximal en sector de las piezas 1.1 y 2.1. Ambas piezas eran clase A+, según la clasificación de Pini Prato¹⁰ (Figs. 3 y 4).

Técnica quirúrgica

Se aplicó anestesia local infiltrativa, se alisaron y aplanaron las superficies radiculares para eliminar la contaminación y para disminuir las prominencias de las raíces. Se desepitelizó el margen gingival adyacente a las áreas de recesión, realizando un bisel interno con una hoja de bisturí 15C (Fig. 5). Se realizó una incisión a espesor parcial, formando un "sobre" que se extendió de 3 a 7mm lateralmente y apicalmente a las áreas de recesión pasando por debajo de la papila central (Figs. 6, 7, 8 y 9).

La toma del injerto se realizó por medio de la técnica de incisión única, descrita por Hürzeler⁵. La primera incisión se realizó a 2 mm del margen gingival, extendiéndose desde la zona del 2° premolar hasta la zona del 3er molar, perpendicular al hueso. Se hizo otra incisión a espesor parcial, angulando la hoja del bisturí a 135 grados. Se realizaron incisiones en mesial y distal para separar el tejido conectivo subyacente, el cual fue obtenido utilizando un periostótomo de Prichard. El injerto midió 15 mm de longitud y 8mm de ancho (Figs. 10 y 11).



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.

Se deslizó el injerto por debajo de la papila central, traccionándolo con una sutura Vycril 5-0 que fue pasada por uno de sus extremos, hasta ubicarlo en el sitio y la posición deseada; ahí fue suturado al colgajo por sus extremos con la misma sutura, quedando sus bordes a unos 3 a 5mm de las recesiones. El injerto fue asegurado a la papila central por medio de una sutura colchonero vertical. Se realizó una sutura suspensoria en la zona de cada recesión para desplazar coronalmente el colgajo y así, poder cubrir el injerto lo más posible (Fig. 12). La zona del paladar fue suturada con dos suturas suspensorias y una simple.

La paciente fue premedicada con Amoxicilina 500 mg cada 8 horas durante 7 días y con colutorios de Clorhexidina 0,12% 3 veces por día. Como analgésico y antiinflamatorio se indicó Ibuprofeno 600 mg cada 8 horas durante 3 días. Los controles postquirúrgicos de la paciente se realizaron a los 7, 14 días, momento en el que fueron retiradas las suturas (Fig. 13 y 14). A los 30 días la paciente suspendió los enjuagues con clorhexidina y retomó el cepillado de la zona quirúrgica con un cepillo de cerdas extra-suave. (En las Figs. 15 y 16 se observan los controles a los 2 y 3 meses).



Fig. 6.



Fig. 7.



Fig. 8.



Fig. 9.

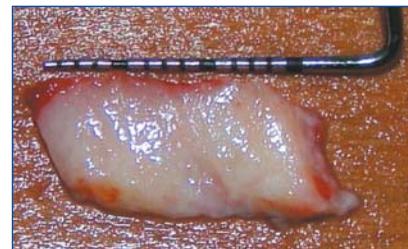


Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.



Fig. 13.



Fig. 14.



Fig. 15. Control a los dos meses.



Fig. 16. Control a los tres meses.



Fig. 17. a) antes y b) después.

RESULTADOS

Clínicamente se observó el recubrimiento de 4mm de la recesión de la pieza 1.1, equivalente al 100% y 3 mm en el incisivo superior izquierdo, equivalente al 100%. Hubo un aumento de volumen de tejido blando en la zona adyacente a los dos centrales.

La paciente y el clínico quedaron satisfechos con los resultados estéticos obtenidos.

Los resultados se mantuvieron 6 meses después de la intervención quirúrgica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Para obtener buenos resultados en cirugía plástica mucogingival, debemos analizar a fondo características como el tipo de recesiones a tratar, la técnica a utilizar en cada caso y la clasificación de las superficies dentales en zonas de recesiones gingivales¹⁰, aparte de la habilidad del operador. Es importante la clasificación de Pini Prato, ya que si no podemos observar la unión cemento-esmalte, no sabremos a qué nivel debemos ubicar el injerto. En caso de que esto suceda, debemos tratar de reconstruir ese límite amelo-cementario; y si nos encontramos con una discrepancia de la superficie dentaria, debemos aplanar y eliminar dicha discrepancia para evitar que quede un espacio entre el injerto y la superficie, al mismo tiempo evitamos una tensión en el injerto que interfiera con la revascularización. Con la técnica de Allen se minimiza la cantidad de incisiones que comprometen la vascularización. Cumpliendo estas premisas, los resultados estéticos finales serán los buscados por el cirujano y el paciente.

En esta ocasión se obtuvo un recubrimiento total de las recesiones gingivales y el aumento del biotipo gingival en la zona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allen A. Use of the Supraperiosteal Envelope in Soft Tissue Grafting for Root Coverage. I. Rationale and Technique. *Int J Periodont Rest Dent* 1994;14:217-227.
2. Bouchard P, Malet J, Borghetti A. A Decision - making in Aesthetics: Root Coverage Revisited. *Periodontol* 2000. 2001;27: 97-120.
3. 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.
4. Guiha Rami, Soheir El Khodeiry, Luis Mota, Raúl Caffesse. Histological Evaluation of Healing and Revascularization of the Subepithelial Connective Tissue Graft. *J Periodontol* 2001; 72:470-478.
5. 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.
6. Langer Burton, Laureen Langer. Subepithelial Connective Tissue Graft Technique for Root Coverage. *J Periodontol* 1985;56: 715-720.
7. Miller PD Jr. A Classification of marginal tissue recession. *Int J Periodont Restor Dent*. 1985;5:9-13.
8. Nabers JM. Free Gingival Grafts. *Periodontics* 1966;4:243.
9. Nordland W, Dennis P Tarnow. A Classification System for Loss of Papillary Height. *J Periodontol* 1998;69:1124-1126.
10. Pini-Prato Giovanpaolo, Debora Franceschi, Francesco Cairo, Michele Nieri, Roberto Rotundo. Classification of Dental Surface Defects in Areas of Gingival Recession. *J Periodontol* 2010;81: 885-890.
11. Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the envelope technique. *J Periodontol* 1985;56: 397-402.
12. Wennström JL. Mucogingival Therapy. *Ann Periodontol*. 1996; 1:671-701.

Dirección para correspondencia

e-mail: periodon@odon.uba.ar