

---

# Recubrimiento Radicular: Técnica de Desplazamiento Coronal con Injerto de Tejido Conectivo Subepitelial. Presentación Caso Clínico

Moyano Mellert N, Montes de Oca J, Galli F, Bontá H, Caride F, Carranza N.

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

Recibido 03/04/12

Aceptado 18/08/12

---

## RESUMEN

*La literatura periodontal nos muestra diferentes técnicas quirúrgicas para lograr recubrimiento de recesiones gingivales. Estos procedimientos tienen un alto impacto no solo en el componente estético, sino también en la salud y función de las piezas involucradas.*

*Este caso clínico muestra una combinación de técnicas, incluyendo desplazamiento coronal del colgajo, y colocación de un injerto de tejido conectivo subepitelial. Se muestran resultados a 7 meses*

*Palabras Claves: recesión Gingival, recubrimiento Radicular; colgajos quirúrgicos; colgajo desplazado coronario; injerto tejido conectivo subepitelial*

## ABSTRACT

*Periodontal literature shows several techniques to achieve root coverage. These procedures have great impact, not only in the esthetics and functional aspects, but also on the prognosis of the involved teeth.*

*This clinical case shows a technique combining coronally advanced flap and a subepithelial connective tissue graft with a 7 month follow-up.*

*Key Words: gingival recession; root coverage; surgical flaps; coronally advanced flap; subepithelial connective tissue.*

## INTRODUCCION

Diversos procedimientos quirúrgicos han sido propuestos en los últimos años para obtener recubrimiento de las superficies radiculares expuestas. Las recesiones gingivales, las podemos definir en términos periodontales como la exposición de la superficie radicular, producida por la migración apical del margen gingival tomando como punto de referencia el límite amelo-cementario. Ésta situación clínica puede conducir al paciente a situaciones como hipersensibilidad, riesgo cariogénico, e incomodidad a nivel estético, y la posibilidad de aumentar aún más la pérdida de inserción clínica.

Los causantes de éste tipo de problemas gingivales pueden estar asociados a factores como: mal posición dentaria, cepillado traumático, dehiscencias óseas e inserciones bajas de frenillos musculares entre otros. Para poder diagnosticar, pronosticar y tratar éstas lesiones debemos conocer algunas clasificaciones. Miller en 1985 clasificó las recesiones gingivales teniendo en cuenta el grado de extensión del margen gingival en relación al límite amelo-cementario y el compromiso que presenta el área interproximal, determinando la predictibilidad

de cobertura radicular. Sullivan y Atkins en 1968 la clasifica de acuerdo a su morfología, pudiendo ser: estrechas y poco profundas, estrechas y profundas, anchas y poco profundas, y anchas y profundas, dicha clasificación nos orienta a que técnica emplear. Pini Prato et al, en 2010 evalúa dos factores, la presencia (A) o ausencia (A) de límite amelo cementario; y la presencia (+) o ausencia (-) de discrepancia en la superficie dentaria causada por abrasión.

Las técnicas de recubrimiento radicular comienzan en la década del 50 con técnicas de desplazamiento lateral descritas por Grupe y Warren en 1956. En las últimas décadas se han descrito gran variedad de técnicas referidas a las retracciones gingivales como colgajos rotados o desplazados laterales, colgajos desplazados coronales (Allen y Millar, 1989; De Sanctis y Zuchelli, 2007; Mele et al, 2008), injertos gingivales libres (Nabers, 1966; Harris, 1997; Raetzke, 1985), técnicas bilaminares y regeneración tisular guiada.

Zucheli y De Sanctus, en el año 2000, describe una técnica de desplazamiento coronario con incisiones oblicuas continuándose con incisiones intracreviculares en los dientes vecinos. (figura 1a y figura 1b.)

Esta técnica fue descrita para tratar recesiones únicas y múltiples, solamente con desplazamiento coronario del colgajo. Posteriormente, Carvalho et al, en 2006 utiliza la técnica de desplazamiento coronario descrita por Zucheli, pero le agrega un injerto de tejido conectivo del paladar transformándola en una técnica bilaminar.

### Presentación caso Clínico

Paciente de sexo masculino, de 27 años de edad, concurre a la cátedra de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires por sangrado en las encías y sensibilidad en la pieza 1.4. El examen clínico general no presenta particularidades y su diagnóstico fue el de Gingivitis y en la pieza 1.4 se diagnosticó recesión gingival de 3 mm por vestibular. Según la clasificación de Miller la clasificamos como de tipo I; según la clasificación de Sullivan y Atkins es ancha y poco profunda; y según Pini Prato es A

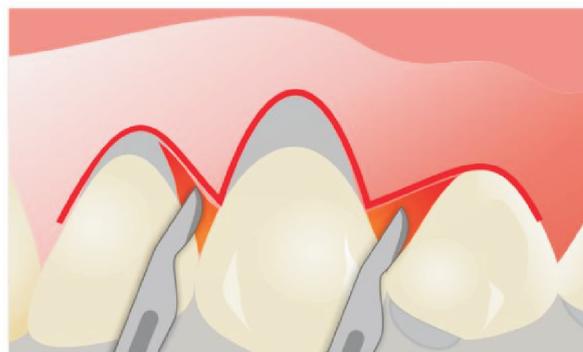


Figura 1a. Incisiones.

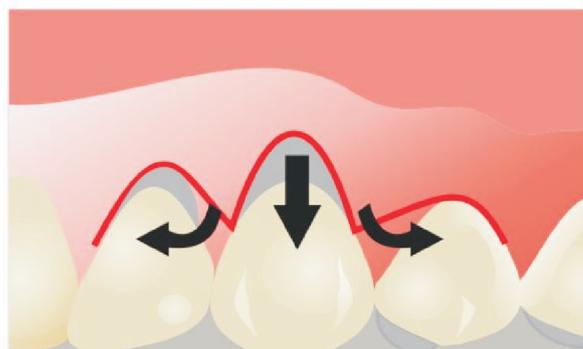


Figura 1b. Desplazamiento.



Figura 2. Recesión Gingival tipo I en 1.4.

(figura 2).

Tanto clínica como radiográficamente podemos decir que el primer premolar superior derecho presentaba una profundidad al sondaje de 1 mm por vestibular, una pérdida de inserción vestibular de 3 mm y en la radiografía no se observaba pérdida de soporte óseo. Luego del diagnóstico se procedió con la terapia básica incluyendo: motivación, enseñanza de técnica de higiene oral, y eliminación de la placa bacteriana y todos sus factores retentivos, seguido de una reevaluación a los 30 días. Una vez lograda la salud de los tejidos periodontales, se realizó la etapa quirúrgica para corregir el defecto gingival de la pieza 1.4.

### Técnica Quirúrgica

Se procedió con la anestesia local infiltrativa a nivel del ápice de la pieza 14. Se raspó y alisó la superficie radicular con el fin de dejar una superficie lisa y libre de contaminación. Luego se trazaron incisiones desde el cenit de la pieza 14 con dirección oblicua hasta los dientes vecinos continuándose con incisiones intracreviculares alrededor de los dientes 1.3 y 1.5.(figura 3).

Se elevó un colgajo de espesor parcial en el área rodeando la recesión, extendiéndose 3 - 4 mm lateralmente y 4 - 5 mm apicalmente, utilizando una hoja de bisturí N° 15c. Luego se continuó hacia apical con una incisión a espesor total con el fin de liberar el colgajo y desplazarlo coronalmente. Para terminar de preparar el área receptora se procedió a extraer el epitelio de las papilas mesial y distal dejando una zona de tejido conectivo a ambos lados de la recesión (figura 4)

#### -Toma de injerto zona Palatina

Una vez preparada la zona receptora se toman las medidas correspondientes en ancho y en alto para la toma del injerto de tejido conectivo subepitelial del paladar como lo describe en su técnica Hurzeler - Weng (1999) (figura 5).

La primera incisión se realizó a 2 mm del margen gingival del lado opuesto al de tratamiento, extendiéndose desde la raíz palatina del primer molar hasta mesial del canino con el bisturí en dirección perpendicular al hueso. La segunda incisión fue realizada a espesor parcial



Figura 3. Incisiones oblicuas e intracreviculares.



Figura 4. Extracción del epitelio papilar mesial y distal en 1.4.

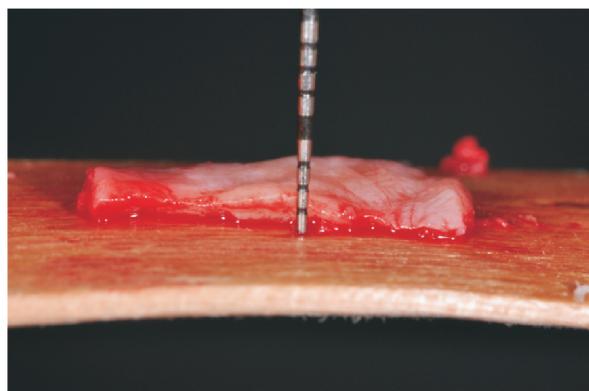


Figura 5. Injerto de tejido conectivo subepitelial obtenido de paladar.

angulando la hoja de bisturí a 135°, de manera que quede lo mas paralela posible al hueso. Luego se realizaron las incisiones por mesial y distal para la liberación del injerto. Las medidas del injerto fueron 17 mm de largo y 8 mm de ancho. Una vez colocado el injerto se adaptó y se fijó al lecho receptor con sutura suspensoria (sutura no reabsorbible de polipropileno 6.0 con aguja P-1, (figura 6).

#### -Sutura

Una vez suturado el injerto, se desplazó el colgajo hacia coronal, por encima del mismo, y se suturo con un punto de colchonero vertical suspensorio no reabsorbible de polipropileno 6.0 aguja P-1 (figura 7).

El paladar fue suturado con un colchonero horizontal cruzado suspensorio. (Sutura Nylon 5.0 aguja SC-20, (figura 8).

Previo al procedimiento quirúrgico se administro un corticoide de acción prolongada por vía intramuscular. Finalizada la cirugía, el paciente recibió todas las indicaciones posoperatorias. Se administró amoxicilina 500 mg, 1 comprimido cada 8 horas por 7 días, comenzando 24 horas antes de la cirugía. Inmediatamente después de la cirugía se le indicó tomar ibuprofeno 600 mg 1 comprimido cada 6 horas por 4 días; y clorhexidina 0,12 % dos enjuagues diarios durante un minuto por 7 días. El paciente fue citado a las 72 hs a control postoperatorio, a los 7 días (figura 9a), a los 14 días, donde se retiraron puntos de sutura (figura 9b), a los 30 días (figura 9c), a los 37 días (figura 9d), a los 90 días (figura 9e), a los 210 días (figura 9f).

## Resultados y Conclusiones

El desplazamiento coronario del colgajo en conjunto con un injerto de tejido conectivo subepitelial fue efectivo y predecible clínicamente, provocando el 100 % de recubrimiento radicular. Se aumentó el biotipo gingival aumentando la banda de encía insertada. El paciente no manifestó sintomatología, logrando un resultado altamente estético. El paciente se encuentra bajo un programa de terapia periodontal de soporte cada 4 meses, manteniendo su salud bucal.



Figura 6. Colocación de injerto al lecho receptor.

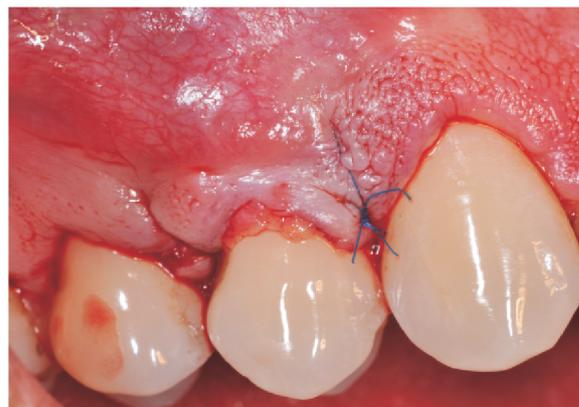


Figura 7. Desplazamiento y sutura del colgajo.



Figura 8. Sutura de la incisión palatina.



Figura 9a 7 Días



Figura 9b 14 Días



Figura 9c 30 Días



Figura 9d 37 Días



Figura 9e 90 Días



Figura 9f 210 Días

**Figuras 9a - 9f: Seguimiento hasta los 7 meses.**

## BIBLIOGRAFIA

Allen EP, Miller PD. Coronal Positioning of Existing Gingiva: Short Term Results in the Treatment of Shallow Marginal Tissue Recession. *J Periodontol* 1989;60:316-319

Carvalho P, Da Silva RC, Cury PR, Joly JC. Modified Coronally advanced Flap Associated With a Subepithelial Connective Tissue Graft for the Treatment of Adjacent Multiple Gingival Recessions. *J Periodontol* 2006;77:1901-1906

De Sanctis M, Zucchelli G. Coronally Advanced Flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects. Three-year results. *J Clin Periodontol* 2007;34:262-268

Grube HE, Warren RF. Repair of Gingival Defects by Sliding Flap Operation. *J. Periodontol* 1956:92-95

Harris, R. A Comparison of Two Techniques for Obtaining a Connective Tissue Graft From the Palate. *Int J Periodont Rest Dent* 1997;17:261-271

Hurzeler 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

Mele M, Zucchelli G, Montecchi M, Checchi L. bilaminar Technique in the Treatment of a Deep Cervical Abrasion Defect. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2008;28:63-71

Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodont Rest Dent* 1985;5:9-13

Nabers JM. Free Gingival Grafts. *Periodontics* 1966;4(5):243-245

Pini-Prato Giovanpaolo, Debora Franceschi, Francesco Cairo, Michele Nieri, Roberto Rotundo. Classification of Dental Surface Defects in Areas Gingival Recessions. *J Periodontol* 2010;81:885-890

Raetzke P. Covering Localized Areas of Root Exposure Employing the Envelope Technique. *J Periodontol* 1985: 56,397-402

Sullivan HC, Atkins JH. Free Autogenous Gingival Graft. III. Utilization of Grafts in the Treatment of Gingival Recession. *Periodontics* 1968 Aug;6(3):152-160

Zucchelli G, De Sanctis M. Treatment of Multiple Recession-Type Defects in Patients With Esthetic Demands. *J Periodontol* 2000;71:1506-1514

*Dirección para correspondencia:*

*Cátedra de Periodoncia*

*Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires*

*Marcelo T. de Alvear 2142, Piso 17 A - C1122AAH - CABA*