Injerto de tejido conectivo subpediculado y colgajo de avance coronal para el tratamiento de una recesión gingival en paciente con tratamiento de ortodoncia: Presentación de un caso

Connective tissue graft and coronally advanced flap for treatment of a gingival recession in a patient with orthodontics treatment: a case report

DÍAZ CABALLERO A*
ARCILA ARISTIZABAL T**
ARRIETA GONZÁLEZ L***

Díaz Caballero A, Arcila Aristizabal T, Arrieta González L. *Injerto de tejido conectivo subpediculado y colgajo de avance coronal para el tratamiento de una recesión gingival en paciente con tratamiento de ortodoncia: Presentación de un caso.* Av Periodon Implantol. 2009; 21, 2: 71-74.

RESUMEN

A menudo es notable la presencia de recesiones gingivales en pacientes con tratamiento ortodóncico, debido a que el movimiento ocasionado por la aparatología, afecta directamente el periodonto. Las recesiones gingivales constituyen una preocupación tanto estética como funcional para el paciente. 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 incapacidad del paciente para remover la placa.

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 del incisivo central inferior derecho y ausencia de encía adherida asociada al tratamiento ortodóncico, describiéndose 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.

PALABRAS CLAVE: Recesión gingival, ortodoncia, tejido conectivo, regeneración tisular guiada, injerto.

SUMMARY

It is often marked the presence of gingival recession in patients with orthodontic treatment, because the movement caused by the apparatus, directly affects the periodontium. Gingival recessions are a concern aesthetic and functional for the patient. These rarely result in tooth loss, but are associated, usually with conditions such as: tooth sensitivity and irritation of the marginal tissue, caused by the inability of the patient to remove the plaque.

There are various techniques to decrease these defects, among which are: the subepithelial connective tissue graft, acellular dermal matrix graft, free gingival graft and guided tissue

* 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.

** Estudiante de X semestre. Facultad de Odontología Universidad de Cartagena. Cartagena, D.T., Colombia.

regeneration. It is reported a case of a patient with retraction of the gingival margin at the lower right central incisor and the absence of adherent gums associated with orthodontic treatment, described the surgical technique using subepithelial connective tissue of the palate combined with a flap of coronal positioning, obtaining excellent aesthetic results and a good root coverage.

KEY WORDS: Gingival recession, orthodontic, connective tissue, guided tissue regeneration, graft.

Fecha de recepción: 2 de marzo de 2009.

Aceptado para publicación: 6 de marzo de 2009.

INTRODUCCIÓN

La recesión gingival es uno de los problemas periodontales más comunes en la sociedad actual. Se puede definir la recesión como un cambio en la posición del margen de gingival, con migración hacia apical de la localización de la unión cemento-esmalte con la subsecuente exposición oral de la superficie de raíz (1).

La etiología de la recesión gingival es compleja. Puede ser causada por lesiones traumáticas y destructivas a causa de enfermedad periodontal (2).

Para el éxito en el tratamiento de la cobertura de raíz, existen diversos procedimientos periodontales y diversas técnicas quirúrgicas destinadas a cubrir superficies radiculares expuestas, entre estas tenemos: el injerto de tejido conectivo subepitelial (ITCSE), que fue introducido como una alternativa terapéutica mucogingival, aumentando así la predictibilidad para cubrir grandes recesiones gingivales localizadas, debido a que esta técnica está diseñada para maximizar el suministro sanguíneo al injerto, por un lado el periotio y por otro el colgajo que cubre el injerto, además combina las ventajas del injerto gingival libre y el colgajo pediculado (3).

Presenta algunas ventajas con relación a los injertos gingivales libres ya 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 receptora (4).

Otras técnicas que se mencionan para este tipo de tratamiento de cobertura de raíz son, el colgajo pediculado solo, el injerto de matriz dérmica acelular (ADM) y la regeneración tisular guiada (RTG) (5).

El presente caso describe el tratamiento con un injerto de tejido conectivo subpediculado en combinación con un colgajo avanzado coronalmente en un paciente con tratamiento ortodóntico, recesión gingival y falta de encía insertada a nivel de órgano dentario 41.

PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Paciente de 22 años de edad, de género masculino, sin antecedentes médicos de importancia, con estado nutricional aparentemente bueno, orientado en espacio, tiempo, lugar, persona y autopsíquico, no fumador y sin alteraciones sistémicas. Al examen estomatológico se evidencia recesión gingival a nivel vestibular de órgano dentario 41, se realizaron mediciones con una sonda periodontal milimetrada la cual reveló una retracción del margen gingival de 8 mm a nivel vestibular a partir de la línea amelocementaria. La recesión gingival se extendía apical a la unión mucogingival, evidenciándose pérdida de altura del periodonto proximal, la clasificación de la recesión fue consistente con clase II de Miller (7). Previo a la intervención quirúrgica se realizó un raspado y alisado del órgano dentario para detoxificar la superficie radicular expuesta (Fig. 1).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se anestesia el sitio con Lidocaína al 2% con la técnica infiltrativa. Se realiza una incisión festoneada con dos descargas verticales desde distal del 42 hasta distal del 32. Se diseca el colgajo de espesor parcial. Para preparar el lecho receptor, se instrumenta ultrasónica y manualmente la raíz, eliminando placa bacteriana, también se realiza adelgazamiento de la cara vestibular del diente con fresas, para eliminar la prominencia radicular.

Se obtiene el injerto de tejido conectivo del paladar duro, tal como se describe en la técnica (6). Se trasla-

Fig. 1: Fotografía inicial del paciente. Obsérvese la recesión gingival a nivel de órgano dentario 41.

Fig. 3: Imagen postoperatoria un mes después de la cirugía. Obsérvese la altura de la cobertura radicular alcanzada.

da el tejido hasta el lecho receptor, donde se coloca sobre la raíz descubierta (Fig. 2). Se avanza coronalmente el colgajo en dirección al borde amelo cementario 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.

A los ocho días se retiran las suturas del paladar y del área de injerto. Un mes después de la cirugía se observa buena cicatrización con una buena calidad de tejidos formados, es importante resaltar el grado o nivel de la cobertura radicular alcanzada (Fig. 3).

Fig. 2: Fijación del injerto en zona receptora.

DISCUSIÓN

El problema de la recesión gingival se trata mediante una amplia variedad de técnicas quirúrgicas pretendiendo ganar encía queratinizada primero y posteriormente tratando de conseguir recubrimiento radicular.

Es muy bien conocido los efectos que pueden traer los movimientos ortodóncicos a los tejidos periodontales, por tanto se debe hacer un riguroso examen estomatológico antes de iniciar el tratamiento.

Tomando en cuenta la clasificación de las recesiones gingivales de Miller, en 1985, independientemente de la técnica utilizada, en las clases I y II se puede lograr el cubrimiento radicular completo, pero sólo se puede esperar un cubrimiento parcial en la clase III; en cuanto a los defectos en la clase IV no es posible hacer recubrimiento radicular.

Al examen clínico los resultados obtenidos 6 meses después del tratamiento quirúrgico de múltiples recesiones gingivales mostraron un significativo resultado de cobertura de raíz de 97% (recesiones clase I) y el 96,6% (recesiones clase II) (8).

De Sanctis y Zucchelli (2007) plantearon que a pesar de la amplia utilización de los diferentes enfoques quirúrgicos mucogingivales, es aún poco predecible la calidad de los resultados, en especial cuando se refiere a la cobertura radicular. Por ello mencionan que independientemente de la técnica a utilizar, es preferible realizar una modificación de la nueva papila, para

que se obtengan satisfactorios resultados clínicos en las técnicas quirúrgicas para la cobertura de recesiones aisladas en nuestros pacientes (9).

El injerto subepitelial de tejido conectivo es un procedimiento diseñado para maximizar el suministro sanguíneo al injerto, por un lado el periostio y por otro el colgajo que cubre el injerto. Presenta algunas ventajas con relación a los injertos gingivales libres ya que el resultado es más estético debido a una mayor uniformidad en cuanto al color con relación a los tejidos adyacentes al área receptora (10). Mediante la utilización de esta técnica es posible obtener grandes cantidades de tejido conectivo del paladar con una cicatrización muy rápida y unas molestias mínimas para el paciente.

En el presente caso, la utilización de esta técnica fue efectiva y predecible para cubrimiento radicular, con grandes posibilidades de éxito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zucchelli G, Amore C, Sforzal NM, Montebugnoli L, De Sanctis M: Bilaminar techniques for the treatment of recession-type defects. A comparative clinical study. *J Clin Periodontol*. 2003 Oct; 30: 862-70.
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 May;26: 276-80.
3. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Clin Periodontol* 1985 Dec; 56:715-20.
4. 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 Aug;23:770-7.
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 Feb; 15:146-62.
6. Dembowska E, Drozdzyk A. Subepithelial connective tissue graft in the treatment of multiple gingival recession. *Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007 Sep;104:e1-7
7. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1985 Feb;5: 8-13.
8. Blanes RJ, Allen EP. The bilateral pedicle flap-tunnel technique: a new approach to cover connective tissue grafts. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1999 Oct;19: 471-9.
9. De Sanctis M, Zucchelli G. Coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects: three-year result. *J Clin Periodontol* 2007 Mar; 34:262-8.
10. Goldstein M, Brayer L, Schwartz Z. A Critical Evaluation of Methods for root coverage. *Crit Rev Oral Biol Med* 1996 Jul;7:87-98.

CORRESPONDENCIA

Antonio José Díaz Caballero
Universidad de Cartagena.
Facultad de Odontología
Departamento de investigación.
Facultad Ciencias de la Salud.
Campus Zaragocilla
Cartagena, D.T., Colombia

Correos electrónicos: antoniodiazc@yahoo.com
adiazcl@unicartagena.edu.co