

Técnica quirúrgica de Edland Mejchar para corrección de recesión gingival

Edland Mejchar surgical technique for correction of recession gingival

DÍAZ CABALLERO A*

HERNÁNDEZ LIGARDO R**

SILVA BARAJAS LM***

Díaz Caballero A, Hernández Ligardo R, Silva Barajas LM. Técnica quirúrgica de Edland Mejchar para corrección de recesión gingival. Av Periodon Implantol. 2016; 28, 1: 35-39.

RESUMEN

Las técnicas quirúrgicas periodontales correctivas se diversifican ampliamente en la actualidad por la necesidad de restablecer un periodonto sano y lograr una estética aceptable, en los últimos tiempos la casuística de las alteraciones gingivales va en aumento quizás por el advenimiento de la búsqueda de ideales de perfección por parte de los pacientes, o por la instauración de tratamientos odontológicos como la ortodoncia que se relacionan etiológicamente con estos defectos. La retracción gingival y la atrofia gingival son dos de las anomalías de la encía más prevalentes dentro de la población y, aunque la inducción más común de su aparición es una mala higiene oral, se presentan casos fenotípicos relacionados con la deficiencia de lámina ósea, grosor de encía deficiente, frenillos en inserción penetrante o vestíbulos poco profundos que ejercen fuerzas traccionales patológicas; el tratamiento de estas patologías se decide de acuerdo con las necesidades correctivas y consideraciones de cada caso. A continuación se describe la técnica mucogingival de Edland Mejchar, la cual se realizó concomitantemente con tratamiento ortodóncico, en ella hay profundización de vestíbulo, como solución a defectos de recesión gingival vestibular en sector anteroinferior causada por fuerzas traccionales ofreciendo una solución al defecto al aliviar la tensión generada en la zona por las fibras musculares y por la creación de una banda de encía fibrosa que detiene la migración apical del margen gingival.

PALABRAS CLAVE: Recesión gingival, ortodoncia correctiva, cirugía plástica, atrofia periodontal (Decs Bireme).

SUMMARY

The periodontal corrective surgical techniques now widely diversified by the need to restore a healthy periodontium and achieve acceptable aesthetic, the last time the casuistry of gingival changes is increasing perhaps the advent of the search for ideals of perfection by patients or the establishment of dental and orthodontic treatments that are related etiologically to these defects. Gingival recession and gingival atrophy are some of the most common gingival abnormalities in the population, and although the most common induction of onset ranges from the management of poor oral hygiene are phenotypic cases related to the deficiency of bone plates, thickness poor gums, you braces or lobbies push-penetrating shallow tractional forces exerted pathological, treatment of these pathologies is decided according to the remedial needs and considerations of each case. The following describes the technical mucogingival Edland Mejchar, which took place concomitantly with orthodontic treatment, there is deepening of lobby, as a solution to defects of gingival recession

* Odontólogo, Universidad de Cartagena. Especialista en Periodoncia, Universidad Javeriana. Magíster en Educación Universidad del Norte. Candidato a Doctor en Ciencias Biomédicas, Universidad de Cartagena. Docente titular, Universidad de Cartagena. Director Grupo de Investigaciones GITOUC.

** Odontólogo, Universidad de Cartagena. Residente de Estomatología y Cirugía Oral, Universidad de Cartagena.

*** Odontólogo, Universidad Santo Tomás. Residente de Periodoncia, Universidad Santo Tomás.

vestibular in antero-inferior sector caused by forces tractional offering a solution to defect to relieve the tension generated in the area by the muscle fibers and the creation of a band of fibrous gum which stops the apical migration of the gingival margin.

KEY WORDS: Gingival recession, surgery, plastic, orthodontics, periodontal atrophy (Mesh Database).

Fecha de recepción: 15 de febrero de 2014.

Fecha de aceptación: 1 de marzo de 2014.

INTRODUCCIÓN

La recesión gingival presenta una etiología multifactorial, se puede asociar a factores extrínsecos como cepillado agresivo, deficiencia en la higiene oral o por la implementación de tratamiento ortodóncico; factores genéticos como la deficiencia en cantidad de la lámina dura vestibular (1-2) pueden estar asociadas o no a alteraciones como la dehiscencia y la fenestración, anomalías en ancho y grosor de la encía adherida, frenillos con inserciones penetrantes y por último vestibulos poco profundos con fuerzas traccionales excesivas.

Dentro de las patologías secundarias a las recesiones se encuentran la hipersensibilidad dentinaria, caries radicular (3) y defectos en forma de apóstrofes invertidas, como las fisuras de Stillman (4). Varias son las técnicas descritas para corregir este defecto (1), cuyo protocolo de atención se decide acorde con la severidad y la etiología de la anomalía, por lo que se puede instaurar tratamientos basados en la eliminación de factores extrínsecos por medio de la fase etiotrópica periodontal en la que se incluye: raspaje y alisado radicular, enseñanza de técnicas de cepillado, uso adecuado de hilo dental y colutorios. Dicho manejo puede ir o no acompañado de métodos más invasivos como las cirugías correctivas realizadas con técnicas ampliamente variadas (5). La literatura describe procedimientos quirúrgicos como la frenilectomía o frenectomía, cuya finalidad es eliminar las fuerzas traccionales ocasionadas por un frenillo de inserción patológica, comúnmente acompañado de la atrofia de la papila interdental asociada al área de tensión. Cuando el defecto radica en espesor y calidad de la encía insertada y la extensión de la alteración es limitada, la solución quirúrgica de preferencia es un injerto gingival libre autógeno, tomado del paladar, corriendo el riesgo de compromisos estéticos por la palidez propia de este tejido, y es necesario, en la mayoría de los casos, una segunda intervención que corrija la recesión por medio de métodos quirúrgicos como los avances de colgajos en sentido coronal. En caso de que el defecto se

extienda a dos o tres dientes en la superficie vestibular puede utilizarse colgajos de avance coronal. Cuando la migración apical del margen gingival se debe a fuerzas excesivas traccionales provenientes de las fibras musculares, con un defecto que no es severo, se puede utilizar el método de profundización de vestíbulo con la técnica de Edland Mejchar a través de la intercepción de la tensión, por medio de una incisión supraperióstica con relajantes internas a nivel conjuntivo que ofrece la posibilidad del alivio de la fuerza patológica y la formación de una banda mucogingival, la cual evita que la recesión siga en evolución de forma natural.

PRESENTACIÓN DE UN CASO CLINICO

Paciente femenina de 31 años de edad, sin reporte de patologías sistémicas o hábitos que induzcan a alteraciones en la hemostasia, los exámenes paraclínicos muestran estabilidad en los tiempos de coagulación y en los demás componentes de la muestra hemática. Manifiesta su inconformidad estética con las alteraciones de su encía en sector anteroinferior además de su mal posición dental. Al examen clínico se observa fondo de vestíbulo poco profundo y con poca resiliencia, frenillo labial casi imperceptible, encía marginal eritematosa y recesiones gingivales a nivel de órgano dental 31, 41, 42, con mayor complicación en órgano dental 41, al sondeo no refleja bolsas periodontales y se evidencia encía insertada insuficiente (Figura 1). En el análisis radiográfico se aprecia una relación normal con las estructuras óseas, no se evidencia ninguna alteración en los tejidos de soporte o afección radicular y se clasifica la recesión como clase I según Miller. Se valora la necesidad de implementar una terapia etiotrópica periodontal a través del raspado y alisado radicular y profilaxis antes de cualquier consideración quirúrgica y ortodóntica. Se decide un manejo integral entre el periodoncista y el ortodoncista para detener y corregir la retracción gingival y el evidente riesgo de exacerbación del defecto.



Fig. 1.



Fig. 2.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se anestesió la zona con técnica infiltrativa de Seldin con lidocaína al 2%; se realizó un incisión en sentido horizontal en mucosa móvil, en área de incisivos inferiores, siguiendo el contorno del fondo del vestíbulo, con bisturí de Bard Parker n° 3 con hoja #15 en dirección perpendicular al campo quirúrgico. Con ayuda de una pinza Adson sin garra, se posiciona el tejido vestibularmente para permitir al operador visualizar la zona, donde se procede a desbridar por medio de un corte agudo hasta llegar a perióstio el cual se eliminará con una espátula 7A exponiendo hueso. Con ayuda de suturas internas, se ubica el tejido mucoso a una posición más apical valiéndose el operador del perióstio ubicado por debajo del campo quirúrgico, se utilizó catgut crómico 4/0 (Figura 2). La zona del corte horizontal se deja sin sutura para que cicatrice por segunda intención. Se irrigó con solución salina al 0,9%, procediendo a cubrir la zona con cemento quirúrgico desde el tercio medio de los órganos dentales antero-inferior hasta cubrir por completo la herida. Como terapia analgésica se prescribió nimesulide 100 mg cada 12 horas por 3 días y, como antibiótico, amoxicilina 500 mg cada 8 horas por 7 días.

Pasados 7 días se realizó inspección clínica de la zona y se observó la formación de tejido granular, cumpliendo con un proceso de cicatrización normal (Figura 3). A los diez días del procedimiento se realizó un nuevo control y se observó la formación de tejido cicatrizal; sin embargo, el perímetro aún se encontraba eritematoso. Luego de 15 días, la herida muestra cicatrización casi completa con formación de una banda fibrosa en

el área de la incisión. Después de dos meses de la intervención quirúrgica se decidió colocar aparato de ortodoncia al evidenciar que la recesión gingival frenó su avance clínico (Figura 4).

DISCUSIÓN

Para el tratamiento de una patología es necesario lograr una diagnosis asertiva, identificando su gravedad y definiendo el factor etiológico, la recesión gingival no está exenta a esta premisa principalmente por su etiología multifactorial, además de convertirse en los últimos años en una de las patologías de mayor incidencia en la población en cuanto a salud oral se refiere (1,5).



Fig. 3.

**Fig. 4.**

La relación existente entre la recesión gingival y los tratamientos ortodóncicos se describe ampliamente en la literatura, es por eso la preocupación en este caso de manejar concomitantemente al paciente entre el periodoncista y el ortodoncista, más aun existiendo la patología antes de dar inicio al tratamiento correctivo. En casos en los que el tratamiento ortodóncico atraviesa por deficiente manejo clínico, los tejidos periodontales se observan altamente afectados y el pronóstico se agrava si los tratamientos no llevan un protocolo consecuente (6).

Entre las diversidades de tratamientos quirúrgicos que se le pueden ofrecer a un paciente para tratar la migración apical del margen gingival se encuentra el injerto gingival libre, principalmente obtenido del paladar, cuyo fin primordial es el de aumentar la cantidad de encía adherida pero en algunos casos de recesiones mínimas como en el caso expuesto puede que se dé la corrección de la anomalía, pudiendo lograr una profundización del vestíbulo. Sin embargo, cabe resaltar que la técnica de Edland Mejchar se realiza en un solo campo anatómico quirúrgico por lo que la agresión al paciente es menor. De la misma forma, con relación a la estética, el injerto autólogo del paladar presenta deficiencia, ya que la palidez del tejido perpetúa después de la cicatrización total y se puede localizar más coronal que la banda mucogingival que se forma después de realizar Edland Mejchar, ubicada hacia el fondo del vestíbulo y debajo de la línea de sonrisa.

En cuanto al injerto pediculado, el cual favorece la solución de la exposición radicular principalmente en caso de comprometer de dos a tres dientes en la su-

perficie vestibular, puede realizarse a espesor parcial o total y presenta ventajas frente al injerto autólogo como son tener un solo campo operatorio y presentar un aporte vascular estable que facilita una cicatrización en el sitio receptor y una mejor estética; sin embargo en caso de vestíbulos de poca profundidad sería una contraindicación y una mala decisión por parte del periodoncista, debido a que el fondo del vestíbulo se posiciona más coronal luego de la cirugía.

En caso de los defectos más amplios se describe por Zuchelli Desanptic, en el 2000, la técnica de colgajo de avance coronal con rotación de papila, la cual se indica en caso de recesiones extensas y presenta grandes ventajas por un buen pronóstico y una estética de mayor aceptabilidad. A pesar de que las técnicas presentadas arriba son altamente indicadas en las recesiones gingivales, ninguna ofrece una limitación al factor etiológico. Cuando este se origina en las fuerzas traccionales de las fibras musculares se utilizan técnicas como la frenectomía y frenilectomía en caso que el frenillo sea quien genera esta agresión al tejido gingival. Cuando el origen de esta fuerza es un vestíbulo poco profundo, la literatura describe varios procedimientos que logran la profundización del vestíbulo, dentro de estos se encuentran los obtenidos luego de un injerto libre autólogo, y los aloinjertos como el injerto dérmico acelular, el cual demuestra superioridad estética debido a que la diferencia en color son evidentemente menores, y la morbilidad del área donante está restringida a diferencia del aloinjerto. La técnica de Edland Mejchar ofrece una solución mucho mas asequible en proporción costo beneficio además de ser una técnica sencilla y de ser el riesgo de fracaso por rechazo inmunológico del nuevo tejido es nula.

CONCLUSIONES

Para el tratamiento de las recesiones gingivales es necesario identificar claramente la etiología y la severidad del defecto, teniendo en cuenta condiciones intrínsecas y extrínsecas del paciente, con el fin de encontrar una solución que conlleve a la corrección definitiva de la alteración evitando recidivas por una mala diagnosis.

Si las retracciones gingivales se ocasionan por tracción patológica de los tejidos, el clínico debe eliminar las fuerzas excesivas originadas por las fibras musculares del vestíbulo, por esta razón, una cirugía como la profundización de vestíbulo mediante la técnica de

Edland Mejchar se destaca porque ofrece al odontólogo una técnica sencilla, en un solo tiempo y con un campo operatorio, dando excelentes resultados en recesiones poco extensas, al inducir a la resolución del defecto, y como coadyuvante al éxito de cirugías como injertos libres o colgajos de reposición coronal en retracciones del margen gingival más severas, y con acción terapéutica y preventiva de la progresión, cuando se utilizan concomitantemente con tratamiento ortodóncico que podría inducir a una exacerbación de la anomalía en caso de no ser manejada previamente de forma adecuada.

3. Amarasinghe N, Spencer J, Ou Y, Brennan D. Dentine hypersensitivity. Australian dentists' perspective. *Aust Dent J* 2010 (Jun);55(2):181-7.
4. Pini-Prato G, Franceschi D, Cairo F, Nieri M, Rotundo R. Classification of dental surface defects in areas of gingival recession. *J Periodontol* 2010 (Jun);81(6):885-90.
5. Amberkar SC, Deshmukh V, Acharya A, Jhaveri HM. Management of multiple and isolated gingival recession sites with periodontal plastic surgical procedures -a case report. *Quintessence Int* 2010 (Oct); 41(9):739-48.
6. Solow RA. Diagnosis, equilibration, and restoration of an orthodontic failure. *Gen Dent* 2010 (Sep-Oct);58(5): 444-53; quiz 454-5.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kumari BN, Thiagarajan R, Narayanan V, Devadoss P, Mammen B, Emmadi P. A new technique for root coverage using buccal fat pad -a short case report. *Quintessence Int*. 2010 (Jul-Aug);41(7):547-9.
2. Joss-Vassalli I, Grebenstein C, Topouzelis N, Sculean A, Katsaros C. Orthodontic therapy and gingival recession: a systematic review. *Orthod Craniofac Res* 2010 (Aug); 13(3):127-41.

CORRESPONDENCIA

Antonio Díaz Caballero

Facultad de Odontología Universidad de Cartagena
Campus de la Salud. Barrio Zaragocilla
Cartagena, Bolívar
Colombia

Correo electrónico: adiazcl@unicartagena.edu.co