

INFORME DE CASO

Asociación del colgajo deslizante coronario con el injerto de tejido conectivo subepitelial en recesión periodontal sin inflamación

Association of coronary sliding flap grafting subepithelial connective tissue without inflammation in periodontal recession

MSc. Dr. Lázaro Sarduy Bermúdez¹

MSc. Dr. Magdiel Rodríguez Labrada²

Dra. Middrey Corrales Álvarez³

¹ Máster en Atención de Urgencias en Estomatología. Especialista de I Grado en Periodontología y en Estomatología General Integral. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Facultad de Estomatología, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: lazarosber@ucm.vcl.sld.cu

² Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología y en Medicina General Integral. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: magdielrl@hamc.vcl.sld.cu

³ Especialista de I Grado en Periodontología y en Estomatología General Integral. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Facultad de Estomatología, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: mitdreyca@ucm.vcl.sld.cu

RESUMEN

La recesión periodontal es definida como la localización apical del margen gingival en relación a la unión cemento-esmalte, que aparece predominante en la cara vestibular de los dientes y que, además de provocar una desarmonía en la estética, puede causar sensibilidad dentinaria. Para el tratamiento de recesiones gingivales han sido propuestas técnicas que pueden ser agrupadas en injertos pediculados, injertos libres y regeneración de tejidos guiada. El objetivo de este trabajo es relatar el caso clínico de un paciente con recesión periodontal localizada sin inflamación. Luego del control exhaustivo de la fase higiénica se procedió a la etapa quirúrgica, en la que se le realizó un colgajo posicionado coronalmente asociado a un tejido conectivo subepitelial para el recubrimiento de las raíces expuestas. Con el empleo de esta técnica se logró cubrir la recesión periodontal de manera efectiva y aumentó el ancho de la encía insertada en la zona. Los resultados del procedimiento se muestran satisfactorios y cumplen las expectativas del paciente.

Palabras clave: recesión gingival, trasplante de tejidos, colgajos tisulares libres, tejido conectivo

ABSTRACT

The periodontal recession is defined as the apical location of the gingival margin in relation to the cement-enamel, which appears predominantly in the buccal surface of the teeth and also to cause disharmony in aesthetics, can cause dentine sensitivity union. For the treatment of gingival recessions have been proposed techniques that can be grouped into pedicle graft, free grafts and guided tissue regeneration. The aim of this study is to report a case of a patient with localized periodontal recession without inflammation. After exhaustive control of the hygienic phase, it is proceeded to surgical stage, in which it was made a coronally

positioned flap associated with a subepithelial connective tissue for covering exposed roots. By using this technique it was possible to cover the periodontal recession effectively and increased the width of the attached gum in the area. The results of the procedure are satisfactory and fulfill patient expectations.

Key words: gingival recession, tissue transplantation, free tissue flaps, connective tissue

La recesión periodontal es definida como la ubicación del margen gingival apical a la unión amelocementaria de uno o más dientes.¹ Esta deformidad ocasiona, generalmente, hipersensibilidad radicular, lesiones cervicales cariosas, un contorno gingival que dificulta la higiene o alteraciones estéticas que constituyen uno de los motivos de visita más importante y frecuente de los pacientes a la consulta. Se trata de un hallazgo común tanto en sujetos con enfermedad periodontal leve hasta avanzada como en aquellos sin enfermedad periodontal y una buena higiene oral.²

En la actualidad existen varias técnicas quirúrgicas empleadas con el objetivo de formar o aumentar la franja de tejido queratinizado que pueden ser utilizadas también en terapia de recubrimiento en superficies radiculares expuestas.

Los procedimientos quirúrgicos han sido sometidos a un gran desarrollo a lo largo de estos últimos años debido a la necesidad de soluciones para el problema de las recesiones. Diversos actos quirúrgicos, la toma de injertos pediculados como los procedimientos de colgajo rotacional o los procedimientos con avance de colgajo que mantienen su conexión con la zona donante y los injertos libres de tejidos blandos, epitelizados y de tejido conectivo subepitelial, han obtenido resultados efectivos en la cobertura radicular y en la ganancia de inserción, con una profundidad residual menor y un aumento de la inserción clínica y de la altura de la encía.³

De esta manera, cuando la necesidad de aumento del tejido queratinizado se conjuga con la oportunidad de recubrimiento radicular, las técnicas de elección pueden ser las bilaminares. Básicamente estos procedimientos consisten en un injerto de tejido conjuntivo subepitelial posicionado sobre la superficie radicular expuesta que es entonces recubierta por el colgajo confeccionado en la región receptora.

Estas técnicas promueven una diferenciación celular originada en la capa basal del tejido conjuntivo nuevo que, por medio de renovaciones celulares sucesivas (turnover), llega hasta la capa epitelial y forma un tejido queratinizado con una base genética del tejido conjuntivo injertado. Además de lo anterior, los procedimientos bilaminares promueven el aumento del grosor gingival, hecho de extrema importancia para prevenir la recidiva de la recesión del margen tisular y proporcionar un excelente control de la placa bacteriana, que trae estabilidad y mantenimiento a la salud de los tejidos periodontales.⁴

El injerto subepitelial de tejido conectivo es un procedimiento diseñado para maximizar el suministro sanguíneo al injerto, está indicado para el cubrimiento de recesiones únicas o múltiples, es útil en casos donde hay un inadecuado ancho de encía insertada y recesiones profundas y presenta algunas ventajas con relación a los injertos gingivales libres pues el postoperatorio es menos incómodo porque permite una cicatrización por primera intención en la región donante y porque el resultado es más estético debido a una mayor uniformidad en cuanto al color con relación a los tejidos adyacentes al área receptora.⁵⁻⁹

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente de 29 años de edad, masculino, con antecedentes de salud, económico de profesión, que acudió a la consulta de Periodoncia porque presentaba "la encía separada del diente". Al examen clínico se apreció alteración en la posición normal de la encía en la zona de 14 por vestibular (recesión periodontal). El resto de las características de los tejidos gingivales en cuanto a color, textura, consistencia y tamaño se encontraban sin alteraciones. Se constató clínicamente ausencia de bolsas periodontales en la zona y radiográficamente de pérdidas óseas.

Los exámenes complementarios realizados se encontraban dentro de parámetros normales:

Hemograma:

Hemoglobina: 152g/l

Leucocitos: $7.2 \times 10^9/l$

Polimorfonucleares: 0.52×10^9

Linfocitos: 0.46×10^9

Coagulograma:

Tiempo de sangramiento: 1xminuto

Tiempo de coagulación: 7xminuto

Plaquetas: $250 \times 10^9/l$

Conducta terapéutica

Luego del control exhaustivo de la fase higiénica se procedió a la etapa quirúrgica: inicialmente se realizaron un raspado y un alisado de la superficie radicular a recubrir. Posteriormente se elevó un colgajo deslizante coronario que comenzó por la realización de dos incisiones verticales liberadoras paralelas sobre la zona interdental que se extiende hasta la mucosa vestibular para conseguir una buena liberación del colgajo. A continuación se trazó una incisión horizontal en el área interdental de uno a 2mm en sentido coronal del reborde gingival a la altura del cuello del diente y que siguió el surco gingival a nivel vestibular.

Acto seguido se realizó, con el bisturí, un despegamiento de espesor parcial para liberar el colgajo de forma tal que pudiera ser desplazado pasivamente, en sentido coronal, hasta donde se deseaba (figura 1).

Se desepitelizaron las papilas en la parte lateral del diente a cubrir para recibir como lecho al colgajo que iba a recubrirle; la otra parte de la papila se utilizó para la sutura (figura 2).



Figura 1. Levantamiento del colgajo de espesor parcial



Figura 2. Desepitelización de una parte de la papila interdental

A continuación se obtuvo un injerto de tejido conectivo subepitelial en el paladar y se realizó una incisión horizontal a nivel del canino y las bicúspides, posteriormente se levantó el epitelio y debajo de este, a través de una "puerta trampa", se cosechó el tejido conectivo que fue colocado en un recipiente con suero fisiológico para mantenerlo hidratado. El mismo se adaptó a la superficie radicular expuesta e inmediatamente se recubrió con el colgajo que fue reposicionado coronalmente y que proporciona una vascularización adecuada y protección del injerto (figura 3). Actualmente el paciente se encuentra en perfecto estado de salud con evolución satisfactoria comprobada en consultas posteriores.

Se colocó la sutura interrumpida en las regiones papilares, así como a lo largo de las incisiones verticales (figura 4). Se aplicó cemento quirúrgico para la protección del área durante la primera semana de cicatrización.

Una vez concluido el tiempo previsto se retiraron el cemento y la sutura hasta que se logró la completa cicatrización (figura 5).



Figura 3. Adaptación del injerto



Figura 4. Colocación de la sutura



Figura 5. Injerto completamente cicatrizado que cubre la recesión

COMENTARIO FINAL

Los injertos de tejido conjuntivo ofrecen en la actualidad una magnífica opción terapéutica en la cobertura radicular, siempre que la preocupación estética sea una atenuante para el paciente. A través de la combinación del colgajo deslizante coronario con el injerto de tejido conectivo subepitelial se logró cubrir la recesión periodontal de manera efectiva y se aumentó, además, el ancho de la encía insertada en la zona. La utilización de un colgajo pediculado garantizó el aporte sanguíneo adecuado durante la cicatrización y ofreció un resultado estético satisfactorio. La colocación de un injerto de tejido conectivo contribuyó al incremento de encía queratinizada y proporcionó un grosor adecuado en la zona expuesta que no hubiera sido del todo posible con la exclusiva utilización de un colgajo reposicionado coronalmente.

Los autores de este estudio concuerdan con los criterios emitidos por Ardila Medina y Guzmán Zuluaga¹⁰ que prefieren usar siempre el tejido conectivo subepitelial, cuando de cubrir recesiones y mantener la estética se trata, aún si las condiciones del entorno periodontal no son las óptimas para emplear este procedimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ardila Medina CM. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. Av Periodon Implantol [Internet]. 2009 [citado 12 Ene 2014]; 21(2): 35-43. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v21n1/original4.pdf>
2. Grados Pomarino S, Salas Martínez M, Maetahara Rubio DM, Flores Calderón SG, Guzmán Vera YS, Tello Barbarán J, et al. Recubrimiento de la superficie radicular expuesta Idefinición de recesión gingival, epidemiología, etiopatogenia, clasificación y opciones de tratamiento. Gac Dent Ind prof [Internet]. 2011 [citado 14 Ene 2014]; 221: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=261572>
3. Fàbregues S, Fuenmayor V. Tratamientos para mejorar la estética de la encía. Gac Dent Ind Prof [Internet]. 2011 [citado 13 Ene 2014]; (221): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3620481&orden=290718&info=link>
4. Rasperini G, Francetti L, Consonni D. Injerto de tejido conectivo subepitelial para el tratamiento de las recesiones gingivales con derivados de matriz del esmalte y sin

- ellos: un ensayo clínico comparativo (controlado) aleatorio multicéntrico. Rev Int Odontol Rest Period [Internet]. 2011 [citado 13 Ene 2014];15(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3701807>
5. Barranco Piedra S, Rodríguez Martos R, González Martín M, García Calderón M, Torres Lagares D, Gutiérrez Pérez JL. Cirugía plástica periodontal como solución a una recesión gingival localizada. Gac Dent Ind Prof [Internet]. 2010 [citado 13 Ene 2014];XXI(212):186-192. Disponible en: http://europa.sim.ucm.es/compludoc/GetSumario?r=/S/11003/11352949_1.htm&zfr=
6. García Pérez A, Cuadrado de Vicente L, Canals Salinas C, García Chacón V, Lauret I, Cuadrado Canals C. Injerto libre epitelial como opción del tratamiento de recesiones en incisivos inferiores. Gac Dent Ind Prof [Internet]. 2011 [citado 13 Ene 2014];XXII(224):[aprox. 7 p.]. Disponible en: www.gacetadental.com/.../injerto-libre-epitelial-como-opcin-del-tratamiento-de-recesiones-en-incisivos-inferiores-25540/
7. González Fernández D. El injerto de tejido conectivo completamente sumergido bajo colgajo de reposición coronal. Gac Dent Ind Prof [Internet]. 2011 [citado 13 Ene 2014];XXII(230):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3918286>
8. Alvarado Lorenzo M, Araújo Álvarez R, Alvarado Lorenzo A, Araújo Álvarez AM, Vilariño Rodríguez RM, Aguado Gil JM. Tratamiento multidisciplinar con injerto de tejido conectivo. Mejorando la estética. Gac Dent Ind Prof [Internet]. 2013 [citado 13 Ene 2014];251:[aprox. 7 p.]. Disponible en: www.gacetadental.com/.../tratamiento-multidisciplinar-con-injerto-de-tejido-conectivo-mejorando-la-estetica-45343/
9. Paulo GH. Estética en periodoncia y cirugía plástica periodontal [Internet]. México: Amolca; 2006 [citado 13 Ene 2014]. Disponible en: <https://es.scribd.com/.../Estetica-En-Periodoncia-Y-Cirugia-Plastica-Periodontal>
10. Ardila Medina CM, Guzmán Zuluaga IC. Cirugía plástica periodontal a través de la técnica Bilaminar y matrices alodérmicas. Rev Arch Méd Camagüey [Internet]. 2010 [citado 28 Abr 2014];14(6):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S1025-02552010000600014&lang=es>

Recibido: 30-1-14

Aprobado: 23-6-14

Lázaro Sarduy Bermúdez. Facultad de Estomatología. Carretera de Acueducto y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50100 Teléfono: (53)(42)294232. Correo electrónico: lazarosber@ucm.vcl.sld.cu