



Alargamiento clínico

Mario Ernesto García Briseño*

RESUMEN

La evidencia científica y su aplicación en la práctica odontológica general a través de procedimientos con objetivos clínicos bien definidos permite la resolución de los problemas que aquejan al paciente. Sin embargo, el criterio del clínico y las situaciones particulares de cada caso determinarán la aplicación de los procedimientos requeridos y, en muchos casos, una combinación de técnicas dará mejores resultados. Se presenta un caso clínico donde mediante los procedimientos de desbridamiento por colgajo y alargamiento de corona se resuelve una situación clínica particular.

Palabras clave: Alargamiento clínico, alargamiento coronario, desbridamiento por colgajo, espesor biológico.

ABSTRACT

Scientific evidence supports the clinical practice through procedures with precise objectives to reach the resolution of the patient's conditions. However, with the particular situation in every patient case, the clinician must decide the adequate technique and usually a combination of procedures will provide better results. A clinical case is presented where procedures of flap debridement and crown lengthening resolved a particular clinical situation.

Key words: Clinical lengthening, crown lengthening, flap debridement, biological width.

INTRODUCCIÓN

La presencia de diferentes condiciones periodontales en pacientes referidos a una consulta periodontal obligan al clínico a tomar decisiones que involucran diversas técnicas y procedimientos que, en combinación, posibilitan resolver cada caso en específico, reduciendo los tiempos y mejorando el resultado y pronóstico de la situación. El paciente y quien lo refiere se benefician con estas decisiones basadas en la evidencia y la experiencia del profesional.

ANTECEDENTES

La gingivitis es la lesión inflamatoria confinada a los tejidos marginales de la encía. Se ha demostrado que la acumulación de placa microbiana facilita el desarrollo de la gingivitis¹ y la remoción y control de la misma resuelve la lesión.² La migración apical de la placa bacteriana desencadena la pérdida de la inserción periodontal o periodontitis. Listgarten, en la década de los ochenta define la periodontitis

como una enfermedad inflamatoria de los tejidos periodontales, caracterizada por la pérdida de soporte de los dientes afectados.³ Una década después, el concepto se extendió a la siguiente descripción: «Las enfermedades periodontales son infecciones mixtas específicas, las cuales causan destrucción periodontal en un huésped adecuadamente susceptible.»⁴ Clínicamente, la periodontitis puede estar asociada con varios grados de enrojecimiento gingival y tumefacción. Sin embargo, el daño de los tejidos periodontales se extiende apicalmente, llevando a una progresiva pérdida de hueso alveolar y ligamento periodontal.⁵

El tratamiento interdisciplinario del paciente permite resultados predecibles, y los procedimientos de alargamiento de corona, indicados básicamente para proveer una retención adecuada para los dientes y pilares en coronas y puentes, ha extendido sus beneficios debido al creciente interés en la integración de los aspectos funcionales y estéticos en la odontología restauradora, la rehabilitación oral y la ortodoncia, principalmente.^{6,7} El alargamiento de corona se ha convertido en un procedimiento de rutina en la consulta periodontal, aunado a la premisa de un periodonto sano como requisito indispensable en la práctica odontológica.⁸ El procedimiento periodontal clínico quirúrgico, genéricamente denominado alargamiento de corona, abarca una serie de consideraciones biológicas e indicaciones funcionales, protésicas y estéticas, las cuales son obtenidas a través de varios procedimientos quirúrgicos y ortodónticos.⁹

* C.D. Especialista en Periodontología. Director del Programa de Especialidad en Periodontología, Universidad Autónoma de Guadalajara.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 48 años de edad, referida a la consulta del autor por fractura a nivel del margen gingival en caninos superiores. En el interrogatorio, no refiere datos patológicos relevantes. En la inspección clínica se observan signos clínicos de inflamación generalizada en los tejidos gingivales (*Figura 1*). La presencia de bolsas es evidente y la pérdida de inserción periodontal registrada es de más de un tercio de la longitud radicular corroborada radiográficamente. En el registro de datos inicial, particularmente en los caninos involucrados, no hay más de 2 mm de pérdida de inserción, pero sí la presencia de sangrado al sondeo. Con la evaluación de los datos recolectados, tanto clínicos como radiográficos, se decide combinar los objetivos del procedimiento de desbridamiento por colgajo para la resolución de la infección/inflamación en los dientes afectados¹⁰ y el procedimiento de alargamiento de corona para la exposición de corona clínica en los caninos fracturados.⁶ Un aspecto de suma importancia a considerar en el procedimiento de alargamiento de la corona es el biotipo periodontal. La observación clínica confirma la gran variación existente entre los individuos respecto de la morfología de los tejidos periodontales. En los extremos encontramos la encía marginal gruesa y poco festoneada y la encía delgada con un festón muy pronunciado. Estas características biológicas y clínicas del periodonto han sido llamadas «biotipos».^{11,12} En este caso, el paciente presenta un biotipo de periodonto grueso. En la intervención qui-



Figura 1. Imagen inicial. Fractura de los dos caninos superiores y signos de inflamación. Ausencia del incisivo superior izquierdo. Coronas de metal y porcelana en todos los dientes superiores. Nótese la discrepancia de los márgenes entre los cuadrantes 1 y 2.

rúrgica, una vez anestesiada la zona, se procedió a determinar la posición de las crestas óseas en ambos caninos, para que permitieran un adecuado diseño de la incisión del procedimiento de alargamiento de corona (*Figura 2*) y para relacionarlos con el diseño



Figura 2. Registro de las medidas de sondeo, previo a la incisión y con el sitio infiltrado. Nótese la profundidad de 4 mm en el canino superior derecho (A) y 3 mm en el canino superior izquierdo (B) hasta la cresta ósea marginal que determina el diseño de la incisión.

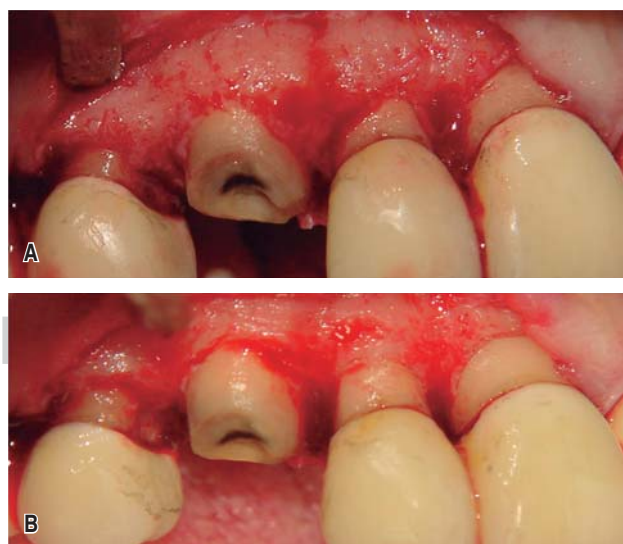


Figura 3. Morfología ósea, previa a la osteotomía/osteoplastia (A) y posterior (B).



Figura 4. Cicatrización a cuatro semanas.



Figura 5. Imágenes previa (superior) y postoperatoria a cuatro semanas (inferior).

de la incisión del procedimiento de cirugía periodontal (desbridamiento por colgajo). Se corrigieron los márgenes óseos (osteotomía/osteoplastia) de los dientes enfermos posterior al raspado y alisado radicular. En ambos caninos, por medio de osteotomía se logró la adecuada exposición de raíz (*Figura 3*). La cicatrización a cuatro semanas muestra los resultados obtenidos con la combinación en el mismo acto quirúrgico de los dos procedimientos (*Figuras 4 y 5*). En este caso, aunque se consideró eliminar la discrepancia de márgenes gingivales y cresta ósea en todo el segmento, no fue del todo posible, ya que implicaría un exceso de remoción de soporte óseo, específicamente en el cuadrante uno, comprometiendo la estabilidad y la relación corona/raíz (*Figura 6*).



Figura 6. Imágenes preoperatoria (superior) y postoperatoria a dos meses con pónico provisional. Nótese la persistencia en la discrepancia de márgenes.

CONCLUSIONES

La toma de decisiones en la aplicación de los procedimientos para tratar diferentes situaciones clínicas debe estar basada en la evidencia reportada en la literatura. Siguiendo los objetivos e indicaciones, se mejoran los resultados y el pronóstico de tales procedimientos. Sin embargo, cada caso clínico presenta sus propias características y el juicio, criterio y experiencia del profesional determinarán el curso del tratamiento individual. En este reporte se presenta una situación donde los procedimientos de desbridamiento por colgajo y de alargamiento de corona realizados en la misma intervención quirúrgica resuelven y mejoran las condiciones preprotésicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Page RC, Schroeder HE. Gingivitis. Pathogenesis of inflammatory periodontal disease. A summary of current work. Lab Invest. 1976; 34: 235-249.
2. Lindhe J, Theilade E, Jensen SB. Experimental Gingivitis in Man. J Clin Periodontol. 1965; 36:177-87.
3. Listgarten MA. Pathogenesis of periodontitis. J Clin Periodontol. 1986; 13: 418-425.
4. Offenbacher S. Periodontal diseases: pathogenesis. Ann Periodontol. 1996 1 (1): 821-878.
5. Page RC. Current understanding of the etiology and progression of periodontal disease Int Dent J. 1986; 36 (3): 153-161.

6. Becker W, Ochsenbein C, Becker, BE. Crown lengthening: the periodontal restorative connection. *Compendium*. 1998; 19 (3): 239-254.
7. Smukler H, Chaibi M. Periodontal and dental considerations in clinical crown extension: a rational basis for treatment. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1997; 17 (5): 465-476.
8. Huynh-Ba G, Brägger U, Lang NP. Surgical lengthening of the clinical crown: a periodontal concept for reconstructive dentistry. *PERIO*. 2007; 4: 193-201.
9. García ME. Alargamiento de corona. *Rev Mex Periodontol*. 2013; 3 (2): 81-86. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/periodontologia>
10. MacDonell HT, Mills MP. Principles and practice of periodontal surgery. In: Rose F, Mealey BL, Genco RJ, Cohen W. Periodontics, medicine, surgery and implants. Saint Louis, Missouri: Elsevier Mosby; 2004: 713-740.
11. Seibert JS. Surgical management of osseous defects. In: Goldman HM, Cohen DW. *Periodontal therapy*. 5th Ed. Saint Louis: CV Mosby; 1973: 765-766.
12. Seibert J, Lindhe J. Esthetics and periodontal therapy. In: Lindhe J. *Textbook of clinical periodontology*. 2nd Ed. Copenhagen: Munksgaard; 1989.

Correspondencia:

Mario Ernesto García Briseño

Av. Providencia 2450-304, Col. Providencia.
44630, Guadalajara, Jalisco, México.

E-mail: mariogarcia.perio1@gmail.com